KULTURA ŚMIERCI, KULTURA UMIERANIA

Praca zbiorowa pod redakcją:
Andrzeja Guzowskiego , Elżbiety Krajewskiej-Kułak, Grzegorza Bejda

Tom I



Kultura śmierci, kultura umierania

Tom I

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

Kultura śmierci, kultura umierania

Tom I

Praca zbiorowa pod redakcją
Dr n. o zdr. Andrzej Guzowski
Prof. dr hab. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułak
Mgr teologii Grzegorz Bejda

Białystok 2016

Recenzenci monografii

dr hab. prof. UP Adam Sawicki
Instytut Filozofii I Socjologii, Katedra Metafizyki i Ontologii, Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie

dr hab. Katarzyna Citko, prof. UwB
Uniwersytet w Białymstoku

dr hab. Jacek Breczko
Studium Psychologii i Filozofii Człowieka
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

ISBN Komplet - 978-83-940670-8-3
Tom I - 978-83-944852-8-3

Wydanie I
Białystok 2016

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Druk:
„Duchno" Piotr Duchnowski, 15–548 Białystok, Zaściańska 6

Ci, którzy mają dość sił i miłości, żeby siedzieć z umierającym pacjentem w ciszy wykraczającej poza słowa, wiedzą, że ta chwila nie jest ani przerażająca, ani bolesna – to tylko spokojne ustanie funkcjonowania ciała.

Elisabeth Kǜbler-Ross, Rozmowy o śmierci i umieraniu

Do niedawna śmierć była czymś ludzkim, czymś naturalnym. Współczesne zglobalizowane społeczeństwo coraz częściej promuje młodość, a śmierci nie przyznaje prawa do zajmowania przestrzeni społecznej. Proces umierania trwa jednak przez cały czas, wszystko wciąż umiera. Umieranie jest bowiem jedynym procesem, który zmusza do zastanowienia się nad swoją egzystencją, nad życiem. Obraz śmierci w dzisiejszym społeczeństwie, to jednocześnie obraz traktowania życia. Współczesną kulturę przesyca śmierć. Jest jej bardzo dużo, rozpoczynając od wirtualnych gier, poprzez śmierć w filmach, komiksach, bajkach, aż po śmierć w mass mediach. Takie „bombardowanie" wszechobecną śmiercią sprawia, iż przestaje się odczuwać jej powagę i zaczyna się traktując ją lekceważąco, ja i także samo życie. Już Tales stwierdził, że Talesa: "*Śmierć niczym nie różni się od życia*".

Antoine De Saint-Exupéry pięknie napisał: „*Byle podmuch wiatru może zgasić lampę- trzeba dobrze uważać"* . Tak samo jest z naszym życiem. Śmierć przychodzi bowiem nieoczekiwanie i zawsze za wcześnie, bez względu na to, czy dotyczy osoby dorosłej, czy dziecka. Jest dla każdego przeżyciem ogromnie traumatycznym. Jest jednak faktem, który trzeba wliczyć w życie, jak każdy inny element ludzkiego bytowania. Nie powinna wprowadzać w stan przygnębienia i depresji, ale być bodźcem do rozmyślań nad sensem istnienia. Małgorzata Musierowicz twierdziła bowiem, iż "*śmierć nadaje piękno życiu. Tylko sztuczne kwiaty nie umierają*".

Seneka twierdził, iż „*przez całe życie należy się uczyć żyć i co może jeszcze bardziej cię zdziwi przez całe życie należy się uczyć umierać"* . Każdy człowiek przygotowuje się na śmierć, nawet zdrowy. Jest ona bowiem zjawiskiem naturalnym. Jest oczywistością, z którą powinniśmy się oswoić. Ilekroć jednak z nią stykamy się, staje się dla nas szokująca i paradoksalnie zupełnie nieprzewidziana. „*Wiek nie gra roli, starcy, tak jak młodzieńcy są ponaglani przez pośpiech, zaskakiwani w chwilach roztargnienia, zmuszeni do umierania bez przygotowania, tak jakby nie mieli czasu, by dojrzeć zbliżanie się końca*" – pisał Vladimir Jankélévitch.

W opinii autorów monografia ma zmotywować do zastanowienia się nad tym, czy można się oswoić ze śmiercią i umieraniem. Nad tym co trzeba uczynić, by śmierć odbierać jako coś naturalnego, przyjmować ją z godnością i pokorą wtedy, gdy dotyczy naszych pacjentów, naszych najbliższych i wtedy, gdy sami, stając z nią oko w oko, wyruszamy na jej spotkanie. Ma pomóc zrozumieć symbolikę śmierci. Dostarczyć wiedzy dotyczącej śmierci w różnych kontekstach kulturowych, aby uwrażliwić czytelnika na kulturowo ukształtowane potrzeby pacjentów i ich rodzin związane ze śmiercią.

Monografia ma się przyczynić do zrozumienia, iż jednym z filarów opieki całego zespołu terapeutycznego jest zrozumienie, że pacjenci różnią się między sobą nie tylko rodzajem schorzenia, ale także statusem społecznym, przynależnością kulturową, podejściem do zdrowia, sposobów terapii, umierania i śmierci oraz że istnieje ścisły związek pomiędzy powyższym, a etyką zawodową.

Pracownicy ochrony powinni znać i rozumieć wszystkie czynniki kulturowe i społeczne danej grupy ludności, w tym ich potrzeby związane z umieraniem oraz śmiercią i odpowiednio je uwzględniać w procesach planowania i realizowania opieki. Powinni systematycznie uzupełniać swoją wiedzę, aby móc w swej codziennej pracy uwzględniać poszanowanie zróżnicowania kulturowego i religijnego i społecznego.

Elisabeth Kübler-Ross o tym tak napisała w swojej książce *Rozmowy o śmierci i umieraniu* - „*Gdybyśmy potrafili połączyć opanowanie nowych naukowych i technicznych zdobyczy z równoczesnym położeniem nacisku na stosunki międzyludzkie, uczynilibyśmy istotnie postęp, nie wolno bowiem przekazywać studentom [medycyny] nowych zdobyczy wiedzy za cenę coraz większego rozluźnienia kontaktu z pacjentem (...) Czy nasze skoncentrowanie na skomplikowanej aparaturze, na ciśnieniu krwi nie jest rozpaczliwą próbą, żeby zaprzeczyć nadchodzącej śmierci, która tak nas przeraża, że całą naszą wiedzę przelewamy na maszyny, gdyż mniej się ich obawiamy, niż cierpiącej twarzy innej istoty ludzkiej, która raz jeszcze przypomina nam o naszej bezsilności, o naszych ograniczeniach i błędach i co ważniejsze – o naszej własnej śmiertelności?*”

Mamy nadzieję, iż zespół redaktorów monografii, posiadających ogromne doświadczenie zawodowe i dydaktyczne w zakresie problematy śmierci i umierania, jest gwarancją, że będzie to cenna pozycja, mogąca z powodzeniem znaleźć zastosowanie, nie tylko w procesie dydaktycznym, ale także w codziennej praktyce wszystkich pracowników ochrony zdrowia.

dr n. o zdrowiu Andrzej Guzowski
prof. dr hab. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
mgr teologii Grzegorz Bejda

WYKAZ AUTORÓW

mgr teologii Bejda Grzegorz
Fundacja "Pomóż Im" na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku

dr hab. Binnebesel Józef prof.UMK
Katedra Studiów nad Niepełnosprawnością i Tanatopedagogiki, Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

mgr Bomber Kamil
Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie
Fundacja „By dalej iść"

dr n. o zdr. Cybulski Mateusz
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

lek. Czartoszewski Arkadiusz
absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. o zdr. Guzowski Andrzej
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Jankowiak Barbara
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Jędrzejewski Wit

mgr Komarnicka-Jędrzejewska Olga
Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej we Wrocławiu
Fundacja „By dalej iść

mgr Konczelska Katarzyna
doktorantka na Uniwersytecie SWPS we Wrocławiu

dr n. o zdr. Kondzior Dorota
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Kowalczuk Krystyna
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Krajewska-Ferishah Katarzyna
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

prof. dr hab. n. med. Krajewska-Kułak Elżbieta
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Lek. Kułak-Bejda Agnieszka
Uniwersytecki Szpital Kliniczny

dr hab. n. o zdr. Lewko Jolanta
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. med. Łukaszuk Cecylia
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. psychol. Nawrocka Joanna
Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku,
Uniwersytet Humanistycznospoleczny Wydział Zamiejscowy w Sopocie

dr n. med. Rolka Hanna
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. o zdr. Sarnacka Emilia
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr n. psychol Stelcer Bogusław
Zakład Dietetyki, Uniwersytet Przyrodniczy im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu
Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

mgr Szyszko-Perłowska Agnieszka
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr hab. n. o zdr. Van Damme-Ostapowicz Katarzyna
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Tabuizacja i detabuizacja śmierci

Guzowski Andrzej[1], Czartoszewski Arkadiusz[2], Van Damme-Ostapowicz Katarzyna[2], Łukaszuk Cecylia Regina[1], Lewko Jolanta[1], Cybulski Mateusz[1], Krajewska-Ferishah Katarzyna[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1]

1 Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

2 absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

[...] kultura to zbiór tabu, albo inaczej
– kultura bez tabu jest kwadratowym kołem
Leszek Kołakowski [1]

W literaturze przedmiotu [2-11] spotyka się wiele definicji *tabu*, jednak wszystkie można sprowadzić do tezy: „*tabu to coś, o czym mówić ani pisać nie należy”*.

Po raz pierwszy zjawisko zauważyli antropolodzy badający pierwotne ludy Australii, gdzie występowało ono jawnie, „*jako religijny nakaz wykonywania niektórych czynności fizjologicznych w całkowitej tajemnicy przed współplemieńcami*” [12].

W języku angielskim tego słowa jako pierwszy użył James Cook, w 1777 roku [12].

Libiszowska-Żółtkowska i Mariański [13] uważają że wywodzi się z języka polinezyjskiego, gdzie oznacza coś świętego, zakazanego, niebezpiecznego, nietykalnego i nieczystego.

Eliade [14] twierdzi, że tabu, to "*właśnie ów stan przedmiotów, czynności i osób "odosobnionych" i "zakazanych" na skutek niebezpieczeństwa wynikającego z kontaktu z nim”.*

Kopaliński [4] w *Słowniku mitów i tradycji kultury* podaje bardzo opisową charakterystykę *tabu*. Autor [4] podkreśla, że „*tabu w społeczeństwach pierwotnych oznaczało zakaz wykonywania pewnych czynności, używania albo dotykania pewnych przedmiotów, wymawiania pewnych słów (…) zabraniało dotknięcia osoby króla, kapłana czy też odzywania się do nich. W pewnych okresach nie zezwalało na spożywanie mięsa niektórych zwierząt. Zakazywało wstępu na cmentarze, chyba że w kondukcie pogrzebowym.*

Wzbraniało braciom i siostrom rozmowy ze sobą, czy nawet przebywania w tym samym obejściu. Karą za złamanie tabu mógł być nieurodzaj, choroba, śmierć".

Ten sam autor [5], w *Słowniku wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych* podaje, iż tabu: „*w społeczeństwach pierwotnych był zakazem kultowego kontaktowania się z pewnymi przedmiotami, osobami albo dokonywania pewnych czynności dla uniknięcia kary ze strony sił nadprzyrodzonych*".

Według wierzeń ludów pierwotnych, za *Słownikiem języka polskiego* [6] „*tabu,, to zakaz dotykania pewnych przedmiotów, osób albo zwierząt lub dokonywania pewnych czynności; naruszenie tego zakazu miało powodować nieszczęście; przedmiot, osoba, zwierzę nietykalne, święte*".

Zgółkowa [8] w *Praktycznym słowniku współczesnej polszczyzny* podaje, iż *tabu* z języka Tonga - *tapu*, przez angielski *taboo* oznacza:

- *w wierzeniach ludów pierwotnych: zakaz obcowania z niektórymi osobami, zwierzętami lub przedmiotami, mówienia o nich, wykonywania pewnych czynności w celu uniknięcia kary ze strony sił nadprzyrodzonych; także osoba, zwierzę, przedmiot, których dotyczy taki zakaz: Każdego, kto ośmieliłby się zlekceważyć tabu, czekała najsurowsza kara – gniew bogów. Bliskoznaczne: świętość, sacrum, zakaz.*
- *nietykalna świętość, wszystko to, o czym nie należy rozmawiać, co jest objęte zakazem, najczęściej ze względu na zasady moralne, obyczajowe itp.: Sprawa zniknięcia Piotra od dawien dawna jest w ich domu tematem tabu. Bliskoznaczne: nietykalny, nienaruszalny, święty*".

Gołąb [2] w *Słowniku terminologii językoznawczej* określa *tabu*, jako to „*wyraz pochodzenia polinezyjskiego „święty, zakazany"(...) stosowany na oznaczenie zjawiska zakazu używania pewnych słów, tak w społeczeństwach prymitywnych, jak również w formie złagodzonej i szczątkowej wśród społeczeństw cywilizowanych. Zjawisko to znajduje psychologiczne uzasadnienie w fakcie podświadomego identyfikowania wyrazu z nazywaną rzeczą*".

Encyklopedia językoznawstwa ogólnego [3] podaje stwierdzenie „*tabu językowe",* to zakaz posługiwania się pewnymi wyrazami lub wyrażeniami w danej społeczności językowej oraz wyraz lub wyrażenie podlegające tabu.

Z kolei definicja zawarta w *Encyklopedii wiedzy o języku polskim* [7] określa, że w każdej ludzkiej społeczności tabu językowe „*wiąże się zwykle z czynnościami i przedmiotami, których wykonywanie i dotykanie, przynajmniej w pewnych okolicznościach, jest zakazane".*

W *Słowniku psychologii* [10] *„tabu”* określa *„ potępiany bądź zakazany czyn, przedmiot lub zachowanie*” lub „*akt zakazu”*

Szyjewski [15] za podstawowe aspekty definicyjne tabu uważa święty/nieczysty charakter ludzi bądź rzeczy, rodzaj zakazu wynikający z tego charakteru oraz świętość/ nieczystość wynikającą z pogwałcenia tego zakazu.

Libiszowska- Żółtaska i Mariański [13] w *Leksykonie Socjologii Religii*, jako zasadnicze właściwości tabu podają:

- stopniowalność - oznaczającą, iż nie wszystkich dotyczą te same reguły tabu - dla jednych są mniej, dla drugich bardziej restrykcyjne, a w związku z tym naruszenie zakazów powoduje u różnych ludzi również różnej mocy konsekwencje
- przechodniość - jako możliwość przejęcia statusu tabu w wyniku zetknięcia się z nim. Bardzo istotne jest w tym przypadku to, iż osoba, która zetknęła się z tabu, czyli przekroczyła zakaz, sama staje się tabu.

W literaturze przedmiotu [13, 14] podawany jest także podział *tabu* na :

- ochronne - zabezpieczające, ochraniające lub działające destrukcyjnie (powstrzymujące, tępiące)
- czasowe - dotyczące osób lub przedmiotów, którym nadano tymczasowo tabu ze względu na np. niebezpieczną sytuację lub permanentne - wynikające ze szczególnego bycia tych osób i przedmiotów
- wynikające z religii - z obecności sacrum (mające wymiar imperatywu kategorycznego) oraz z magii (odnoszące się do własności świeckich, stanowiących zasady życiowe)

W opinii Freuda [16] „*tabu jest prastarym zakazem narzuconym z zewnątrz (przez jakiś autorytet) i skierowanym przeciwko najsilniejszym żądzom człowieka. Pragnienie przekroczenia tego zakazu istnieje dalej w nieświadomości (...). Przekroczenie tabu, będącego nakazem sumienia, wywołuje przeraźliwe poczucie winy”.*

Tabuizacji, za Polański [3] podlegać mogą zarówno nazwy dotyczące istot i przedmiotów uznawanych za święte, jak i nazwy istot, przedmiotów czy zjawisk traktowanych jako straszne, potępieńcze. Pierwszych unika się, ażeby ich nie pospolitować, drugich, aby nie przynosiły nieszczęścia [3].

Współcześnie pojmowanie tabu jest znacznie szersze i np. używa się określenia *tabu* dla wskazania tego, o czym się nie mówi, o czym nie wypada lub nie wolno mówić. Tematy

tabu to tematy zakazane w publicznym komunikowaniu się, jak. np. temat seksu, życia religijnego, homoseksualizmu itp. Dołączyła do nich także tematyka śmierci.

Tabu śmierci

Człowiek dla symbolu poświęca swe życie, może nawet umrzeć,
przekroczywszy symbole mające znaczenie tabu
Antoni Kępiński [1]

Według Kałużnego [17] „*pogląd, że śmierć jest lub do niedawna była jednym ze współczesnych tabu przeniknął już dawno do świadomości potocznej. Jest pewnym truizmem, powtarzanym co jakiś czas w prasie, telewizji, w różnorakich środkach przekazu. Jeśli jednak ktoś, kto nie przyjmuje tego typu utartych cliché na wiarę, zechciałby twierdzenie o tabu zamienić na hipotezę badawczą i w sposób klasyczny poddać ją empirycznej weryfikacji – to w pierwszej kolejności natknąłby się na problem braku jednoznacznego i wyczerpującego ujęcia sensu pojęcia tabu śmierci. Nawet w przypadku literatury naukowej mamy do czynienia z wielością mniej lub bardziej precyzyjnie wyrażonych wariacji na podobny temat, w których nie zawsze wspomniane określenie pojawia się expressis verbis”.*

Ocena empiryczna problemu tabuizacji śmierci nasuwa wiele problemów.

Hayslip [18] uważa, że o tabuizacji śmierci można wnioskować na podstawie poziomu lęku przed śmiercią, a główny problem polega na operowaniu takimi pojęciami, jak wyparcie czy dwuaspektowy lęk: uświadamiany-nieuświadamiany. Pamiętać jednak trzeba, że niski poziom lęku (wykazany na podstawie testu zwykłych deklaracji respondenta - lęk uświadamiany), może jednocześnie oznaczać akceptację śmierci, jak i wysoki stopień jej wyparcia, a jedyną metodą stwierdzenia poziomu wyparcia byłoby porównanie deklarowanego świadomego poziomu lęku z poziomem lęku nieuświadamianego [18].

Howarth [19] zauważa, że nieuświadamiany lęk przed śmiercią jest niezmiernie nieostrą kategorią, a uzyskiwane w toku oceny wyniki mogą być równie dobrze interpretowane, jako objaw lęku przed życiem.

Kałużny [17] podaje, że tylko w roku 1979 roku ukazało się ponad 650 książek anglojęzycznych o tematyce tabuizacji śmierci, a „*w nich pierwotna teza o specyficznym nowoczesnym stosunku do śmierci jest powielana, rozszerzana, zmieniana, bezdyskusyjnie z góry zakładana lub stanowi jedynie temat poboczny. W końcu też, ostatnimi czasy, jest coraz częściej krytykowana”*. Pojawiają się także takie pokrewne terminy, jak m.in.: śmierć

odwrócona, kryzys śmierci, zmowa milczenia, dekonstrukcja śmiertelności, wyparcie śmierci (*denial of death*), odseparowanie śmierci (*sequestration of death*), umieranie śmierci (*dying of death* itd. [cyt. za 17].

W odniesieniu do podstawowych przejawów działania *tabu śmierci,* Jasik [20] wymienia przede wszystkim brak wypowiedzi (od zwykłych bezpośrednich po zapośredniczone, szeroko rozumiane teksty kultury, obrazy medialne itp.), brak rozmów na tematy związane ze śmiercią i wszelkie niemówienia w tym zakresie. Zdaniem autorki [20] eufeminizowanie śmierci i umierania związane jest także z niechęcią do sprawiania przykrości sobie oraz w jakiś sposób związanej i bezpośrednio zaangażowanej w umieranie lub śmierć kogoś bliskiego.

Kastenbaum [21] z kolei podkreśla, że w literaturze, oprócz całkowitego psychologicznego wyparcia, pojawiają się wzmianki o przynajmniej jeszcze sześciu innych jego rodzajach czy też stopniach, takich jak *selektywna uwaga* (*selective attention*) – czyli niedostrzeganie bodźców kojarzących się ze śmiercią, *selektywne reagowanie* (*selective response*) – nieokazywanie uczuć związanych ze śmiercią, *oddzielenie myśli* (*compartmentalizing*) – niezauważanie związku pomiędzy zbliżającą się śmiercią a innymi aspektami życia, np. przyjmowanie do wiadomości beznadziejnej diagnozy i jednoczesne czynienie dalekosiężnych planów życiowych, *oszukiwanie* (*deception*) – wprowadzanie w błąd innych na temat swojego stanu, *opór* (*resistance*) – starania, aby za wszelką cenę nie poddać się śmierci.

Elias [22], w kontekście wyparcia, czy też represji, omawia zjawisko myślenia o sobie jak o nieśmiertelnym (*wish-dream*).

Vovelle [23] podkreśla niechęć albo nawet unikanie jakiegokolwiek, zapośredniczonego przez zmysły, kontaktu - np. z czymś lub kimś kojarzącym się z umieraniem i śmiercią. Oprócz tego używane są terminy, jak: maskowanie (np. objawów śmierci i umierania), izolacja, marginalizacja (np. umierających lub będących w żałobie) – zarówno fizyczna, jak i psychiczna, utożsamiana z uprzedmiotowieniem, depersonalizacją, czy infantylizowaniem.

Aries [24] za objawy *tabu śmierci* uznaje pewną wstrzemięźliwość w okazywaniu emocji, czy też tłumienie, nieobnoszenie się z jakimikolwiek oznakami żałoby.

Znaczenie śmierci w różnych okresach życia człowieka przybierało rozmaite formy w wyniku narastania świadomości nieodwracalności oraz nieuchronności tego zjawiska. Bowiem „*Wszystko co żyje, umiera*” [25]. Na powyższe z pewnością wpływ miała zmiana hierarchii domowników, stawanie się rodziny rodziną wielopokoleniową, pojawienie się w

rodzinie chorób, stanów zagrożenia życia, a w ich konsekwencji śmierci członka rodziny. W takich sytuacjach pojawiał istotny problem, jak np. rozmawiać o śmierci, zwłaszcza z dziećmi. Wielu rodziców unika takich tematów i ukrywa śmierć członka rodziny, pragnąc w ten sposób ochronić swoje dziecko przed cierpieniem, utratą beztroskiego dzieciństwa. Wynika to przede wszystkim z prostego faktu, iż nie potrafią takiej rozmowy przeprowadzić i być może sami mają lek przed śmiercią.

Strach przed śmiercią nie stanowi zjawiska jednorodnego, a za Kulmińskim [26], dopełniają się w nim emocje oddziaływujące na różnych poziomach (np. w warstwie werbalnej - świadomości) i jest to obawa sygnalizowana tylko w nieznacznym stopniu.

Śmierć, pomimo iż jest naturalnym etapem ludzkiej egzystencji, jest jednocześnie jednym z najbardziej niechcianych i unikanych tematów, tematów *tabu*. Wszelkie dyskusje na jej temat zarezerwowane są przede wszystkim dla filozofów, etyków, teologów i naukowców. Natomiast otwarte rozmowy o śmierci są omijane i ignorowane, budzą wśród ludzi negatywne emocje, a nawet traktowane są jako nietaktowne.

Elisabeth Kübler-Ross zauważyła, że „*im większe postępy robimy w nauce, tym bardziej zdajemy się lękać śmierci, zaprzeczać jej istnieniu*” .

W literaturze przedmiotu [17] podaje się, że pierwszą osoba, która poruszyła temat *tabu śmierci*, był Geoffrey'a Gorer'a (brytyjski socjolog i antropolog), który swoje poglądy zamieścił w roku 1955 roku w artykule The *Pornography of Death* w czasopiśmie *Encounter, a* następnie w książce pt. *Death, Grief and Mourning.* Gorer [cyt. za 17, 27] wyszedł z założenia, że „*pewne tematy, dziedziny ludzkiego doświadczenia traktuje się jako z istoty swojej skandaliczne lub odrażające. Zatem nie wolno o nich rozmawiać, czy wspominać ich otwarcie, a przeżywanie ich bywa utajone i związane z uczuciem winy lub czegoś niskiego”*. Według Gorera [27] np. w czasach wiktoriańskich śmierć nie stanowiła tajemnicy, a dzieci zachęcano, by myślały i mówiły o niej (o własnych i o cudzych zgonach). Uważa też, że śmierć naturalna „*jest coraz silniej tuszowana przez pruderię, natomiast gwałtowne, odrealnione zgony odgrywają rosnącą rolę w masowych mediach i wytworach popkultury”* [27], a przesunięcie zakresu zakazów widział w zmianach przekonań religijnych (spadek wiary w życie przyszłe), a także udoskonalonej profilaktyce i staraniach służby zdrowia [27].

Według Parsonsa [cyt. za 26], w tłumie obserwujących np. osobę zmarłą na ulicy są osoby, które zawsze milczą, poszczególne jednostki zastygają przez pewien czas w bezruchu, nikt nie wie, jak zachować się i w konsekwencji wszyscy patrzący depersonalizują śmierć. „*Staje się ona dla nich bezosobowa, oddalają ją od rzeczywistości, odsuwają od siebie, wierząc że zjawisko do nich nie należy i w związku z tym nie jest ono ani zbyt*

alarmujące, ani zbyt przerażające" [cyt. za 26]. Takie bagatelizowanie, bądź pozorne niedostrzeganie wszystkich zjawisk związanych z umieraniem jest dość powszechnym mechanizmem obronnym w walce ze świadomością końca życia, który pozwala zredukować całkowicie bądź obniżyć poziom lęku przed śmiercią [cyt. za 26].

Kulmiński [26] uważa, iż w grupie osób mających kontakt z osobą zmarłą może także paradoksalne pojawić się poczucie winy, spowodowane często nasuwającą się refleksją: "*Przecież to równie dobrze mogłem być ja*", a to może rozwijać uczucie pewnego rodzaju wdzięczności za to, że się żyje i w dalszym etapie potrzebę przeprowadzenia obrachunku z własną śmiertelnością.

Proces tabuizacji śmierci, w opinii Kulmińskiego [26], rozpoczął się mniej więcej w okresie pierwszej wojny światowej. Początkowo śmierć i wszystkie związane z nią uroczystości zmieniały w zasadniczy sposób przestrzeń/czas wspólnoty, nie tylko samej rodziny, ale także całej wsi lub dzielnicy miast, a nawet miast. Ludzie umierali publicznie, a na ich śmierć reagowała cała zbiorowość (do domu/pokoju umierającego mógł wejść każdy, chociażby rodzina go nie znała). Obrzęd pogrzebowy składał się z wystawienia zwłok (z reguły trzydniowego), całonocne żale i modlitwy, pochód żałobny wraz z pochówkiem, uczta żałobna (tzw. stypa) i żałoba. Przez wieki obrzędy "oswajania" śmierci ulegały niezliczonym przemianom, ale nigdy jednak nie został zakłócony stały związek śmierci ze społeczeństwem [26].

W kolejnych latach nastąpiła metamorfoza, zwłaszcza w stosunku między umierającym a otoczeniem, a pod koniec XIX i w XX wieku znikły kodeksy, które decydowały o zachowaniu się w obliczu śmierci (określające język i gesty, którymi należało się posługiwać) [26]. Według Kulmińskiego został wówczas stworzony obraz śmierci odrażającej, niechętnie ukazywanej publicznie, rodziny przestały wpuszczać gości do domu, w którym był umierający [26].

Przyczyny kolejnej rewolucji w myśleniu o śmierci Kulmiński [16] doszukuje się w odnoszeniu coraz większych sukcesów medycyny, co spowodowało, że zgon przestano uważać za konieczność, za naturalną kolej rzeczy, a zaczęto traktować jako przegraną, jako zaprzeczenie pewnego porządku [26]. W następnym etapie postęp medykalizacji i rozwój służby zdrowia, przy wzrastających kosztach związanych z leczeniem umierającego w domu, spowodował „przeniesienie" śmierci do szpitala [26]. Ludzie - „pacjentami" zaczęli być postrzeganymi w kategoriach „zdrowia lub choroby", umierającymi w poczuciu głębokiego osamotnienia, często bez obecności rodziny. Odsunięcie śmierci od młodszych pokoleń w pierwszej połowie XX wieku spowodowało, że śmierć ludzi starszych zaczęła się

coraz bardziej rzucać w oczy. Pojawiła się też wizja nieuleczalnej choroby, siejącej lęk i spustoszenie, a materialnym symbolem powyższego, za Vovelle [23] stały się parawan i szpitalna izolatka, odgradzający/izolujący umierającego pacjenta, by ukryć jego agonię. Szpital stał się więc miejscem śmierci „*wyobcowanej, bezbronnej, z zatraconym indywidualnym charakterem*". Opieka nad osobami starszymi, chorymi bywa często postrzegana jako uciążliwość i coś niepożądanego, a szpitale i hospicja jako swoiste symbole śmierci samotnej, wśród obcych ludzi (personel medyczny), nie zawsze przyjaźnie nastawionych (automatycznie wykonujących swoją pracę). Jak pisze Górecki [28] „*I sami chorzy nie chcą umierać w szpitalu. Dla wielu z nich śmierć we własnym domu nie jest jednak możliwa. Rodziny i opiekunowie nie są w stanie zapewnić im odpowiednich warunków, całodobowej opieki bądź też z różnych względów nie mogą, czy nie chcą się jej podjąć*".

Do powyższego dołącza się także komercjalizacja obrzędów pogrzebowych. Ta swoista marginalizacja śmierci przyczyniła się do społecznego wypaczenia obrazu śmierci, która z tzw. „śmierci oswojonej", zamieniła się w „śmierć zdziczałą", wypartą z życia codziennego [24].

Ariès [24], francuski antropolog śmierci uważa, iż „*dzisiejsza śmierć przesunęła się ze sfery duchowo-cielesnej w sferę biurokratyczno-księgową, stając się nie domeną kapłanów, lecz urzędników"*. Pisząc o "klerykalizacji" śmierci, która rozpoczęła się w XIII wieku, autor [24] zaznacza, że "*od chwili wydania ostatniego tchnienia zmarły nie należy już ani do swoich panów, ani towarzyszy, ani do rodziny, lecz do Kościoła*", a dziś „*od chwili wydania ostatniego tchnienia zmarły przechodzi w ręce urzędników i biznesmenów".*

W literaturze przedmiotu [cyt. za 26] podkreśla się także, że I i II wojna światowa w znaczący sposób przyspieszyły proces tabuizacji śmierci, a powyższego upatruje się w fakcie, iż ludzie powojennej cywilizacji chcieli usunąć ją ze swojej pamięci.

Na początku i w połowie XX wieku, jak podkreśla Kulmiński [26], śmierć przestała być ceremonią publiczną i została „*przesunięta do sfery głębokiej prywatności*". Obecnie coraz częściej spotyka się „dyskretne" pogrzeby, w pogrzebach uczestniczy z reguły tylko najbliższa rodzina i przyjaciele, ta z kolei coraz częściej prosi o nieskładanie kondolencji, zanika noszenie oznak żałoby, a demonstrowanie bólu i rozpaczy po stracie bliskich staje się nienaturalne i niemodne [24, 26]. Śmierć i umieranie stały się tematem nietaktownym. „*Pojawiło się eufemistyczne słownictwo („drodzy nieobecni", „mamusia odeszła"). Zaczęto ukrywać przed umierającymi, że umierają, narastała niechęć do bycia w ich pobliżu. Unikamy okazji, by ich odwiedzić, nawet jeśli są to nasi dobrzy znajomi"*

[29]. Bardzo często jedyną okazją do odwiedzin grobów zmarłych i zapalenia tradycyjnej lampki, złożenia kwiatów, jest rocznica śmierci lub Święto Zmarłych. Biurokracja śmierć uregulowała i zorganizowała, potraktowała jako sprawę, którą trzeba załatwić (w myśl sloganu: wy umierajcie, my zajmiemy się resztą), a która nie powinna sprawiać kłopotów [24, 26].

W opinii Kwaśniewskiego [29] „*kulminacja tabu śmierci w połowie XX wieku na obszarze zachodniej cywilizacji (Europa, USA, Kanada, Australia, Nowa Zelandia) ma wyraźne powiązania ze specyficznymi i unikalnymi dla tego okresu procesami demograficznymi i ich efektami psychologicznymi”*. W pierwszej połowie wieku poprawiono radykalnie szanse przeżywalności dzieci i osób młodych, w konsekwencji nastąpił niezwykle szybki przyrost liczby osób starszych, ale jednocześnie nie uległy poprawie ich szanse dalszej przeżywalności [29]. „*Śmierć nagle (...) przestała równo rozdzielać razy. Stawała się coraz wyraźniej domeną ludzi starszych. W pewnym sensie przestała być sprawiedliwa. Młodzi raptem jej umknęli (...) Odsunięcie śmierci od młodszych pokoleń w pierwszej połowie XX wieku spowodowało, że śmierć ludzi starszych zaczęła się coraz bardziej rzucać w oczy. To oni głównie umierali, a że było ich coraz więcej i umierali równie szybko jak niegdyś, przedział wiekowy 65-78 zamieniał się w coraz bardziej zapchaną poczekalnię śmierci*” [29]. W podsumowaniu analizy przyczyn narodzin tabu śmierci w połowie wieku XX Kwaśniewski [29] zauważył, że „*w okresie 1900-1950 powstała duża różnica w średniej oczekiwanej długości życia ludzi dojrzałych i dzieci, nastąpił szybki przyrost liczby osób starszych bez widocznej poprawy ich szans dalszego przeżycia. Medycyna święciła triumfy obniżając umieralność dzieci. Wobec ludzi starszych sukcesów nie odnotowała; eksperci byli zgodni w pesymizmie, co do kiepskich szans na przedłużenie średniej długości życia ponad siedemdziesiąt kilka lat”.*

Abiven [cyt. za 29] *„/.../ co najmniej od pół wieku nasze zachodnie społeczeństwo starało się jak najmniej wiedzieć o śmierci i o wszystkim, co ją otacza. Śmierć w domu, śmierć na co dzień, śmierć krewnego, bliskiego, sąsiada stawała się czymś coraz mniej znanym, coraz mniej widocznym, coraz bardziej zacieranym: potwierdza to coraz mniejsza liczba ceremonii pogrzebowych i prawie całkowity zanik obrzędów żałobnych. W szczególności w szpitalach, gdzie ludzie coraz częściej umierają i gdzie śmierć jest zjawiskiem codziennym, panowała cicha zmowa, aby jej nie dostrzegać i postępować tak, jak gdyby nie istniała”.*

W drugiej połowie XX wieku tempo poprawy szans przeżycia młodych i starszych uległo odwróceniu [29]. W latach 1950 – 2000 osoby starsze zaczęły zyskać więcej, w

wyniku odłożonych w czasie „*efektów strategicznych decyzji państw zachodnich z lat 50. i 60. XX wieku o zmianie polityki publicznej w zakresie ochrony zdrowia i istotnym zwiększeniu nakładów na tę sferę"*. Lata 50. i 60. to początek bitwy o zdrowie ludzi starszych. Druga połowa XX wieku to walka z głównymi przyczynami śmierci wieku dojrzałego (choroby serca, nowotwory, udary mózgu, choroby układu oddechowego). To także gwałtowny wzrost liczby ludzi po 65. roku życia (najszybciej wzrasta liczba ludzi najstarszych, powyżej 85 lat) i skoncentrowanie nauki, medycyny i przemysłu na ludziach starszych. W okresie ostatnich 160 lat w krajach o najdłuższej średniej życia, rosła ona liniowo o 2,5 roku na każdą dekadę - od 45 lat w Szwecji w roku 1840 do 85 lat w Japonii w roku 2000 [29].

Vaupel [30], z Instytutu Badań Demograficznych Maxa Plancka w Rostocku stwierdził „*Wiek XXI może przyniesie wyleczenie raka, wylewów i Alzheimer'a oraz inżynierię genetyczną i dogłębne zrozumienie procesu starzenia. Wówczas nasze dzieci mogłyby żyć nie 100 lat, ale 120 lat, 150 lat, a może bez końca. Może każda dekada naszego życia będzie kolejną dekadą sukcesów biologii, która pozwoli nam żyć kolejną dekadę. To jest możliwe – nieprawdopodobne, ale możliwe*."

Jak już wspomniano, z jednej strony śmierć staje się tematem tabu, a z drugiej - środki masowego przekazu codziennie emitują odbiorcom informacje o setkach zabitych osób, czy to na wojnie, czy w wypadkach komunikacyjnych, czy w zamachach, czy w wyniku ingerencji innych osób. Ukazywana w ten sposób codziennie śmierć nie wzbudza większych emocji, ponieważ rozwija się przekonanie, że wystarczy np. wyłączyć telewizor, odejść od niego, prowadzić w czasie oglądania rozmowę z innymi osobami, a problem przestanie istnieć, emocje związane z przekazanymi w telewizji informacjami staną się mniej negatywne i zacznie narastać poczucie, że śmierć nas nie dotyczy. Podobnie także Internet i tak popularne gry komputerowe propagują brutalne zachowania, wpływając na rozwój nierealnego wizerunku śmierci. Niestety wszystko powyższe ewidentnie sprzyja temu, że w faktycznej rzeczywistości człowiek nie potrafi sobie poradzić z „prawdziwą śmiercią".

Media to współczesne podejście do śmierci kształtują także poprzez promowanie młodości, sprawności i witalności, bo jak pisze Kromolicka [31] - „*Człowiek współczesny staje wobec śmierci bezradny i bezbronny. Stan ten jest przede wszystkim wynikiem kurtyny cywilizacyjnej, która za cenę zakłamanego obrazu życia przesłania problemy śmierci i umierania, zakłócające idylliczną wizję egzystencji ludzkiej*".

Jacques Bréhant [cyt. za 20] pisał: „*Śmierć jest tematem, który stał się tabu. Przyjęto raz na zawsze, że o tym się nie mówi. W naszych postawach, w lekturach, w naszych*

rozważaniach czynimy wszystko, aby tematu tego nie poruszać. [,..] Tabu śmierci ma charakter defensywny, podtrzymywanie go jest samoobroną. [...] Obawa przed śmiercią istniała zawsze, nawet w okresach wiary i jest reakcją czysto ludzką, całkiem zrozumiałe, że o śmierci myśli się możliwie najrzadziej. Lecz wydaje się, że ta postawa obronna przyjmuje w naszym współczesnym społeczeństwie rozmiary dotąd niespotykane. [...] Niewątpliwie śmierć nigdy nie była tak niedostrzegana, tak wypaczona, jak w naszej cywilizacji pełnej dobrobytu i żądnej rozrywek".

Detabuizacja śmierci

Chwytaj dzień, bo przecież nikt się nie dowie,
jaką nam przyszłość zgotują bogowie
Horacy [32]

W opinii Kwaśniewskiego [29] „g*dy w ostatnich dekadach XX wieku tabu śmierci zaczęło słabnąć, rosnąca wartość czasu doczesnego zaczęła się ujawniać wprost w formie żądań i oczekiwań, by Dłużej-Być-W-Ogóle. Ale ciągle istniejące, choć osłabione, tabu śmierci nadal kanalizuje znaczną część artykulacji Dłużej kanałem zastępczym, w którym żądam coraz dłuższej młodości, a nie jak najdalszego odsunięcia śmierci".*

We współczesnym świecie pojawiają się także przesłanki, które mogą świadczyć, iż tabu śmierci w jakimś sensie powoli zanika. Przykładem powyższego może być np. rozwój ruchu hospicyjnego, zainicjowanego w latach 60. przez Elisabeth Kùbler-Ross, uczącego na nowo, że umierający ma prawo do godnej śmierci.

Stworzona przez Kùbler-Ross klasyfikacja faz przystosowania się do nieuleczalnej choroby, czy faz umierania stanowi do dziś podstawę psychologii paliatywnej, a przeprowadzone przez nią liczne badania kliniczne nad postawami ludzi w obliczu nieuchronnie zbliżającej się śmierci, nad przełamaniem bariery milczenia pomiędzy personelem medycznym a pacjentem umierającym, przybliżają problemy chorych umierających i ich rodzin.

Za prekursorkę nowoczesnego ruchu hospicyjnego uważa się prof. Cicely Saunders, która założyła w 1967 roku Hospicjum św. Krzysztofa w Londynie. W roku 1947 roku spotkała się z umierającym Żydem polskiego pochodzenia – Dawidem Taśmą i otrzymała od niego przesłanie "*Chcę tylko tego, co jest w twoim umyśle i w twoim sercu*", *„Będę oknem w Twoim domu",* które stało się mottem opieki hospicyjnej, holistycznie ujmującej

wymiary cierpienia człowieka [33]. To uświadomiło jej, jak konieczna jest zmiana w sposobie traktowania ludzi, których życie zbliża się do kresu. Przesłaniem Hospicjum św. Krzysztofa było *„You matter because you are you, and you matter until the last moment of your life. We will do all we can, not only to help you die peacefully, but also to live until you die".* (*Liczysz się ponieważ jesteś tym kim jesteś. Liczysz się do ostatniej chwili swojego życia. Zrobimy wszystko co w naszej mocy, nie tylko pomagając ci spokojnie umrzeć, ale także żyć aż do śmierci*) [33]. Hospicjum stało się dla całego świata wzorcowym ośrodkiem opieki nad umierającymi, gdzie połączono doskonałą medycynę z wszechstronną pomocą psychologiczną nad chorymi, ze wspieraniem rodzin chorych oraz szkoleniem kandydatów do tej pracy i z badaniami naukowymi nad udoskonaleniem metod postępowania.

Obecnie hospicja powstają coraz liczniej i z determinacją walczą przede wszystkim o poszanowanie podmiotowości, godności pacjenta, ich prawa do samodecydowania, a także dążą do objęcia umierającego i jego rodziny opieką wielowymiarową: medyczną, psychologiczną i duchową.

Powyższemu sprzyjać wydaje się także rozwój hospicyjnego ruchu woluntarystycznego, którego zadaniem jest towarzyszenie ciężko choremu i umierającemu, pomoc w pielęgnacji, karmieniu, poruszaniu się na wózku, spędzaniu wolnego czasu (np. czytanie mu książek), rozmowie, ale także wspólne milczenie, potrzymanie za rękę. Oczywiście, nie każdy czuje się na siłach i nie każdy może pomagać pacjentom w taki sposób. Może to jednak robić bez bezpośredniego kontaktu z chorym.

Cicely Saunders [cyt. za 34] stwierdziła „*ruch hospicyjny i opieka paliatywna rozpowszechniły się na całym świecie, wśród ludów różnych wyznań, a także tych, którzy nie mają wiary w nic poza codzienną walką z uciążliwościami materialnego świata. Hospicjum pokazało, jak wartości rodzinne i często niewyrażalne pragnienia mogą pojawić się z siłą pod koniec życia. Ludzie pochodzący z różnych kręgów kulturowych i dysponujący różnymi umiejętnościami są w stanie wyjść naprzeciw potrzebom umierającego człowieka z dużą wyobraźnią i wyczuciem".*

W roku 1976 roku Saunders, za Dangel [35] napisała artykuł o eutanazji w „The Nursing Times" i umieściła w nim najistotniejszy przekaz, jaki osoby opiekujące się chorym powinni nieść swym podopiecznym „*Jesteś ważny, bo jesteś Tobą. Jesteś ważny aż do ostatniego momentu swego życia. Zrobimy wszystko, co potrafimy, nie tylko, by pomóc Ci umrzeć w pokoju, ale byś żył aż do momentu śmierci*".

W Polsce prekursorką w zakresie opieki hospicyjnej była Hanna Chrzanowska. W roku 1981 w Krakowie powstało „Towarzystwo Przyjaciół Chorych – Hospicjum", które

przystąpiło do budowy pierwszego w Polsce hospicjum stacjonarnego, a w roku 1991 opieka paliatywna/ hospicyjna została oficjalnie włączona w struktury służby zdrowia.

Stawiarska [36] podkreśla, że „*Choroba (...) konfrontuje nas bowiem z poczuciem skończoności, śmiertelności, ograniczoności cielesnej, pokazuje ten aspekt życia, którego wielu z nas nie chciałoby oglądać i przeżywać (...), oferuje nam także doświadczenie smutku, żalu, straty i bezsilności. Właśnie dlatego tak niezwykłe wydają się osoby realizujące posługę hospicyjną. Nie chodzi im o to, by wybrać drogę zwyczajną i jedną z wielu, lecz tę bardziej trudną i wyboistą, ale może prawdziwszą, taką, w której człowiek „staje się" wielowymiarowo i odkrywa swój sens, mając jednocześnie poczucie spełnienia własnej egzystencji".*

Kolejnym elementem detabuizacji śmierci wydaje się być rozwój tanatologii, nauki o śmierci, powstałej w latach 70. i zajmującej się jakościowym opisem przyczyn śmierci, towarzyszącym jej żalem oraz zakładającej, że życie jest tak istotną wartością, iż może okazać się korzystnym poznaniem procesu umierania i jeśli to możliwe, sposobów wpływania na niego. Tanatologia „wytknęła" także niehumanitarne postępowania personelu szpitalnego wobec osób umierających.

Z powyższym wiąże się edukacja tanatologiczna, a jej potrzeba za Chabanis [37] wynika z przekonania, że „*trzeba nam pamiętać nie tyle o samej śmierci, ile o jej aspekcie pewności; nie tyle o umieraniu, ile o wspólnej wiedzy, że wszyscy bez wyjątku umrzemy*".

W opinii Binnebesela [37] nauczyciele (84%) są świadomi tego, że szkoła powinna udzielać wychowankowi wsparcia w żałobie – 87,6% wskazań.

Niestety badania Sielickiej [38] wielu nauczycieli swoje zainteresowanie powyższym tematem kończy na przekonaniu, że szkoła powinna udzielać uczniowi wsparcia, i jakby nie zauważa problemu, ocenia swoją wiedzę oraz umiejętności tanatologiczne jako przeciętne, jednocześnie w ograniczony sposób sięga po profesjonalne źródła wiedzy. Najczęściej w obszarach poruszających problematykę tanatologiczną nauczyciele kierują się swoimi doświadczeniami (od 42,9% do 49,4% nauczycieli) lub czasami doświadczeniami koleżanek i kolegów (od 17,4%, do 26,1% nauczycieli). A najczęstszymi innymi źródłami pozyskiwania wiedzy tanatologicznej są telewizja i Internet, a zatem media, gdzie bardzo trudno oddzielić wiedzę specjalistyczną od tzw. wiedzy potocznej. Sielicka [38] uważa więc, że nauczyciele po ukończeniu studiów, w momencie rozpoczęcia pracy zawodowej, w większości przypadków nie są gotowi do podejmowania tematyki śmierci, umierania, żałoby w szkole, a w konsekwencji również do rozwiązywania trudnych sytuacji tanatologicznych. Jedynie od 6,8%,do 9,6% z nich twierdziło, że źródłem ich wiedzy tanatologicznej były ukończone

studia. Niestety aż 65,8% nauczycieli wykazuje brak chęci poszerzania swoich kompetencji w zakresie realizacji problematyki tanatologicznej [38].

Detabuizacji śmierci sprzyjają także wszelkie akcje społeczne informujące i promujące standardy opieki paliatywno-hospicyjnej w służbie zdrowia i w całym społeczeństwie, mające pomóc umierać po ludzku (wśród troskliwej opieki i najbliższych) coraz większej liczbie osób. Te akcje, jak np. „Umierać po ludzku" mają „przywrócić śmierć do życia". Fundacja Hospicyjna, wspólnie z Fundacją Agora, prowadząc akcję „Umierać po ludzku" wzorowała się na doświadczeniach akcji „Rodzić po ludzku" [39]. Idea akcji było uwrażliwienie polskiego społeczeństwa na fakt, że każdy człowiek zasługuje na godne traktowanie przez całe swoje życie, także u jego kresu oraz sprawienie, aby ostatnie chwile nie były rozpaczliwą walką lekarzy o przedłużenie życia, które nieuchronnie gaśnie, ale czasem spokoju, ciszy, intymności, bycia razem [39].

Podsumowaniem dyskusji do tabuizacji i detabuizacji śmierci mogą być słowa Ilony Miler, jednej z pierwszych wolontariuszek gdańskiego Hospicjum Pallottinum (obecnie Hospicjum im. ks. E. Dutkiewicza SAC), która towarzyszyła chorym, przyprowadzała do hospicjum nowych wolontariuszy, organizowała pierwsze w Gdańsku Pola Nadziei, a potem sama stała się pacjentką Hospicjum - *"Śmierć zamyka oczy jednym, ale otwiera drugim"* [40].

Piśmiennictwo

1. http://cytaty.eu/motyw/smierc-10.html, data pobrania 24.09.2016
2. Gołąb Z., Heinz A., Polański K.: Słownik terminologii językoznawczej, PWN, Warszawa, 1968.
3. Kopaliński W.: Słownik mitów i tradycji kultury , PIW, Warszawa, 2003.
4. Kopaliński W.: Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych, Rytm Oficyna Wydawnicza, Warszawa, 1999.
5. Doroszewski W.: Słownik języka polskiego 1958-1969, t.9, PWN, Warszawa, 1977.
6. Urbańczyk S.: Encyklopedia wiedzy o języku polskim, Ossolineum, Wrocław, 1978.
7. Zgółkowa H.: Praktyczny słownik współczesnej polszczyzny, t.42., Wyd. Kurpisz, Poznań, 2003.
8. Bralczyk J.: Słownik 100 tysięcy potrzebnych słów, PWN, Warszawa, 2005.
9. Reber A., S.: Słownik psychologii, Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2000.

10. Dubisz S.: Uniwersalny słownik języka polskiego, t.4., PWN, Warszawa, 2003.
11. http://pl.wikipedia.org/wiki/Tabu, data pobrania 24.09.2016.
12. Libiszowska-Żółtkowska M., Mariański J.: Leksykon socjologii religii: zjawiska- badania- teoria, Verbinum, Warszawa, 2004.
13. Eliade M.: Traktat o historii religii, Wydawnictwo Aletheia, Warszawa, 2000.
14. Szyjewski A.: Etnologia religii, Zakł. Wydawniczy NOMOS, Kraków, 2001.
15. Freud Z.: Totem i tabu, KR, Warszawa, 1993.
16. Kałużny Ł: Tabu śmierci w perspektywie socjologicznej. Problemy konceptualizacji i operacjonalizacji, Zeszyty Naukowe WSOWL, 2011, 4, 162.
17. Hayslip B.: Death denial: hiding and camouflaging death [in:] Handbook of Death and Dying, Bryant C.D., ed., SAGE, 2003, 34-42.
18. Howarth G.: Death and Dying. A sociological introduction, Polity Press, UK, 2008.
19. Jasik A.: Tabuizowanie tematu śmierci i realiów z nią związanych w różnych kręgach środowiskowych Opolszczyzny [w:] Tabu w języku i kulturze, Dąbrowska A. (red.), Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2009, 175-194.
20. Kastenbaum R.: Death, society, and human experience, Allyn and Bacon, 1995.
21. Elias N.: The Loneliness of the Dying, Continuum, New Yor, London, 2001.
22. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji Zachodu. Od roku 1300 po współczesność, Słowo/Obraz Terytoria, Gdańsk, 2008.
23. Ariès P.: Człowiek i śmierć, PIW, Warszawa, 1992.
24. De Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków, 2000.
25. Kulmiński R.: Trup na ulicy, czyli obserwatorzy "obcej" śmierci, http://www.kulturalny.uw.edu.pl/kwi21/trup.htm, data pobrania 24.09.2016
26. Gorer G.: Pornografia śmierci, Teksty, 1979, 3.
27. Górecki M.: Hospicjum w służbie umierających. Wyd. Akademickie „Żak”, Warszawa, 2000.
28. Kwaśniewski J.: Tabu śmierci, dlaczego powstało, dlaczego gaśnie, http://jacek. kwasniewski.eu.org/JK_texts/Tabu_smierci_full_13b.pdf, data pobrania 24.09.2016
29. Vaupel James Vaupel, Setting the Stage: A Generation of Centenarians?, The Washington Quarterly, Summer 2000, 198, http://www.twq.com/summer00/ vaupel.pdf, data pobrania 24.09.2016.
30. Kromolicka B.: Z pomocą człowiekowi. Wsparcie i opieka w sytuacji nieuleczalnej choroby, Wyd. Edukacyjne Akapit, Toruń, 2012.

31. https://pl.wikiquote.org/wiki/Carpe_diem, data pobrania 24.09.2016.
32. Saunders C.: Textbook of Palliative Medicine (wydanie II). Red. D. Doyle, G.W.C., Foreword. Oxford, 2006.
33. du Boulay Shirley: Okno nadziei. Cicely Saunders - założycielka ruchu hospicyjnego, Sumera I. tłum,, Wyd. Znak, 2009.
34. Dangel T.: Cicely Saunders (1918-2005), http://www.hospicjum.waw.pl/phocadownload/Historia/CicelySaunders.pdf, data pobrania 24.09.2016
35. Stawiarska P.: Wolontariat hospicyjny. Perspektywa interdyscyplinarna. Wyd. Difin SA, Warszawa, 2011.
36. Binnebesel J.: Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń, 2013.
37. Sielicka E.: Edukacja tanatologiczna – współczesne wyzwanie, Pedagogika społeczna, 2015, 2, 56, 155-165**.**
38. http://www.httz.pl/index.php?option=com_content&task=blogcategory&id=33&Itemid=82, data pobrania 24.09.2016.
39. http://hospicja.pl/akcje/article/8214/8232.html, data pobrania 24.09.2016.
40. http://poznan.wyborcza.pl/poznan/1,36037,5705439,Smierc_zamyka_oczy_jednym__ale_drugim___otwiera.html?disableRedirects=true, data pobrania 24.09.2016.

Wersja zmodyfikowana rozdziału

Guzowski Andrzej, Krajewska-Kułak Elżbieta, Van Damme-Ostapowicz Katarzyna, Kuć Dariusz, Łukaszuk Cecylia, Lewko Jolanta, Rozwadowska Emilia, Cybulski Mateusz, Kowalewska Beata, Rolka Hanna, Jankowiak Barbara, Baranowska Anna, Krajewska-Ferishah Ktarzyna: Taboo on death – current or disappearing problem [in:] Death education - the importance of medical care, Krajewska-Kułak E., Guzowski A., Kułak W., Rozwadowska E., Łukaszuk C., Lewko J. (red.) Medical University of Bialystok, Faculty of Health Sciences, Duchno sp. z o.o, Białystok, 2013, 133-141.

Postawy wobec śmierci

Guzowski Andrzej[1], Czartoszewski Arkadiusz[2], Łukaszuk Cecylia Regina[1], Lewko Jolanta[1], Sarnacka Emilia[1], Van Damme-Ostapowicz Katarzyna[1], Cybulski Mateusz[1], Kowalczuk Krystyna[1], Kondzior Dorota[1], Szyszko-Perłowska Agnieszka[1], Jankowiak Barbara[1], Rolka Hanna[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Życie jest chorobą, cały świat szpitalem, a śmierć – lekarzem

Heinrich Heine [1]

Śmierć jest nieodłącznym elementem życia każdego człowieka, zjawiskiem powszechnym i niezmiennym w swej naturze, bogatym doświadczeniem i zawsze złożoną reakcją relacji człowiek umierający i otoczenie (rodzina, przyjaciele, znajomi).

Engles [2] pisał; „*Życie polega przede wszystkim na tym właśnie, że dana istota jest w każdej chwili ta sama, a jednak inna. Życie jest to więc także sprzeczność tkwiąca obiektywnie w samych rzeczach i procesach, nieustannie się wyłaniająca i rozwiązująca; a gdy tylko ustaje sprzeczność, ustaje także życie, następuje śmierć".*

W naszej kulturze, za Mir [3] śmierć jest zjawiskiem paradoksalnie postrzeganym niejako „podwójnie" – z jednej strony jako coś patologicznego i wstydliwego, zepchniętego na margines życia społecznego, z drugiej (zwłaszcza pewne formy śmierci) - jako przedmiot nieustających fascynacji.

Jednym z najstarszych znanych tekstów mówiących na temat śmierci jest Biblia, w której został opisany jej początek i koniec, a pierwsza śmierć narodziła się w raju i była wynikiem grzechu pierworodnego, karą za niewierność Bogu, np.:

- *A drugi z uczniów rzekł do niego: Panie, pozwól mi wpierw odejść i pogrzebać ojca mojego. Ale Jezus rzekł mu: Pójdź za mną, a umarli niechaj grzebią umarłych swoich. (Mt 8,21-22)*
- *A ja umarłem i okazało się, że to przykazanie, które miało mi być ku żywotowi, było ku śmierci. (Rz 7,10)*

- *Albowiem dla mnie życiem jest Chrystus, a śmierć zyskiem. A jeśli życie w ciele umożliwi mi owocną pracę, to nie wiem, co wybrać. Albowiem jedno i drugie mnie pociąga: pragnę rozstać się z życiem i być z Chrystusem, bo to daleko lepiej; lecz z drugiej strony pozostać w ciele, to ze względu na was rzecz potrzebniejsza (Flp 1,23)*
- *Ale z drzewa wiadomości dobrego i złego, jeść z niego nie będziesz; albowiem dnia, którego jeść będziesz z niego, śmiercią umrzesz (BG)*
- *Bo po śmierci nie pamięta się o tobie [o Bogu], A w krainie umarłych któż cię wysławiać będzie? (Ps 6,6),*
- *Czy opowiada się w grobie o łasce twojej, A w miejscu zmarłych o wierności twojej? Czy w mrokach cud twój będzie można poznać, a sprawiedliwość twoją w kraju zapomnienia? (Ps 88,12-13),*
- *I rzekł: Jezu, wspomnij na mnie, gdy wejdziesz do Królestwa swego. I rzekł mu: Zaprawdę powiadam ci, dziś będziesz ze mną w raju. (Łk 23,42-43)*
- *I was, którzy umarliście w grzechach i w nieobrzezanym ciele waszym, wespół z nim ożywił, odpuściwszy nam wszystkie grzechy (Kol 2,13)*
- *I wy umarliście przez upadki i grzechy wasze" (Ef 2,1)*
- *Jesteśmy więc pełni ufności i wolelibyśmy raczej wyjść z ciała i zamieszkać u Pana (2 Kor 5,8)*
- *Podobnie i wy uważajcie siebie za umarłych dla grzechu, a za żyjących dla Boga w Chrystusie Jezusie, Panu naszym (Rz 6,11)*
- *Śmierć druga jest stanem wiecznego przebywania w jeziorze ognistym żywych cieleśnie i martwych duchowo (Daniela 12,1-3; Mat 5,30; 18,8-9; 2 Tes 1,8-9; Obj 21,8; 22,15).*
- *Umarli nie będą chwalili Pana, ani ci, którzy zstępują do krainy milczenia. (Ps 115,17).*
- *W pocie oblicza twego będziesz pożywał chleba, aż się nawrócisz do ziemi, gdyżeś z niej wzięty; boś proch i w proch się obrócisz (1 Mojż 3,19 BG)*
- *W tym celu bowiem i umarłym głoszona była ewangelia, aby w ciele osądzeni zostali na sposób ludzki, ale w duchu żyli na sposób Boży (1 P 4,6)*
- *Wiemy bowiem, że jeśli nawet zniszczeje nasz przybytek doczesnego zamieszkania, będziemy mieli mieszkanie od Boga, dom nie ręką uczyniony, lecz wiecznie trwały w niebie. (II List do Koryntian 5,1). Śmierć jest konieczna, bo ciało i krew nie mogą posiąść Królestwa Bożego. Musimy opuścić śmiertelne ciała [...] W jednym momencie,*

w mgnieniu oka, na dźwięk ostatniej trąby - zabrzmi bowiem trąba - umarli powstaną nienaruszeni, a my będziemy odmienieni. [...] Trzeba, ażeby to, co śmiertelne przyodziało się w nieśmiertelność (I List do Koryntian 15,50-55).

- *Wróci się proch do ziemi, tak jak nim był, duch zaś wróci do Boga, który go dał (Koh 12,7)*

W średniowieczu panowało przekonanie, że życie doczesne jest mniej ważne od życia wiecznego, a człowiekowi tego okresu towarzyszyły myśli „*memento mori*" - pamiętaj o śmierci oraz chwalebna „*ars moriendi*" - sztuka umierania, Wierzono, że śmierć człowieka uzależniona jest do tego, jak żył (ludzie prawi umierali lekko, zaś ludzie źli i występni w mękach i cierpieniu). W tym okresie, za Vovelle [4] przeciętna długość życia wynosiła 30 lat, a człowiek 40. letni uznawany był już za starca. Umieralność przed 20. rokiem życia wynosiła ok. 40%, w tym duża śmiertelność dotyczyła dzieci. Najczęściej umierano śmiercią gwałtowną (w pożarach, od piorunów, z powodu wypadków – np. upadku z konia, zabójstwa) lub w wyniku chorób, w tym epidemii [cyt. za 4] .

W renesansie śmierć była problemem rzadziej poruszanym, czymś odległym, co z pewnością wiązało się z tym, że twórcy kierowali się chętnie maksymą epikurejską „*Carpe Diem*" - chwytaj dzień. W początkach renesansu, za Aries [5] pozornie utrzymywały się te same zjawiska, co w średniowieczu (*artes moriendi*, motywy tańca śmierci, trupie czaszki i piszczele w kościołach, obowiązek spisywania testamentów, przypisywanie testamentom charakteru sakralnego).

Od końca XIV wieku do XVIII wieku ideałem stała się śmierć spokojna, do której człowiek był należycie przygotowany, ponieważ całe życie o niej rozmyślał [5].

W XVI wieku uważano, że o śmierci należy myśleć przez całe życie, a nie tylko w godzinie śmierci, że należy się do niej przygotowywać i wierzono, że dobrą śmierć ma ten, kto dobrze żyje [5].

W kolejnych latach stopniowo wyłaniała się postawa przejawiająca się [5]:

- walką z zabobonami - m.in. modlitwy, które miały zapewniać poznanie godziny swej śmierci albo zbawienie
- pojawieniem się w połowie XVII wieku w powszechnej świadomości pojęcia czyściec
- zyskiwaniem popularności grobu duszy (tablica fundacyjna - połowa XVII wieku)
- zmianą stosunku do momentu śmierci od XVI wieku: dewaluacja znaczenia *horae mortis* (godzina śmierci), zanikanie ostrzeżenia przed śmiercią, pojawianie się

przekonania, że o zbawienie trzeba dbać przez całe życie, a nie dopiero na łożu śmierci, skutkiem tego skrucha na łożu śmierci traci swe wcześniejsze znaczenie.

W baroku panowało przeświadczenie o ciągłym konflikcie pomiędzy śmiertelnym ciałem a nieśmiertelną duszą i wierzono, że człowiek jest bezsilny wobec nieuchronnie zbliżającej się śmierci, a życie ludzkie jest bardzo ulotne i nietrwałe [4].

W okresie Oświecenia, za Vovelle [4], obserwować można było różne sposoby postrzegania śmierci: jako najwyższe zgorszenie, jej kwestionowanie, w kontekście dyskursu katolickiego: „codzienne umieranie", motywu kary boskiej i mąk piekielnych, powiązania z grozą, czy też w kontekście dyskursu kościołów zreformowanych: spory o doktrynę wiecznego potępienia, pytania o zmartwychwstanie, nieśmiertelność duszy, piekło. Stopniowo zanikał także nurt przygotowania do śmierci, zmniejszenie lęku przed nagłą śmiercią [4].

Pod koniec XVIII wieku, w zbiorowej świadomości pojawiła się idea zaświatów, w których po śmierci połączą się kochające się osoby, ponieważ śmierć jest tylko przerwą we wspólnym życiu [4]. Śmierć zaczęła być postrzegana jako coś pozytywnego - wybawicielka, źródło ukojenia i spokoju, zakończenie bólu istnienia [4].

W romantyzmie, za Aries [5], zaczęło dominować przekonanie, że strach przed śmiercią wynika z oddalenia od natury, wychowania, dlatego większy jest wśród mieszkańców miast, którzy wyolbrzymiają potęgę śmierci. Wśród mieszkańców wsi, którzy mieli większy kontakt z naturą, strach przed śmiercią był mniejszy, ponieważ występował u nich rodzaj specyficznego spoufalenia ze śmiercią [5]. W tym okresie pod pojęciem „dobrej śmierci" rozumiano śmierć spokojną, bezbolesną i sądzono, że agonia jest straszniejsza dla otoczenia niż dla samego umierającego oraz że śmierci nie należy się bać. Wierzono, że strach przed śmiercią jest wynikiem przesądów, wychowania i strasznych obrzędów pogrzebowych [5].

W epoce Młodej Polski stosunek do śmierci był różny [5]. Z jednej strony nie godzono się ze śmiercią, gdyż przerażała, jako coś narzuconego, czemu trzeba się poddać. U innych budziła uczucie zniewolenia i podporządkowania biologicznym prawom, spychając na dalszy plan wartości duchowe i wyższe potrzeby oraz pozbawiając bezcennego poczucia wolności. Stawała się również obiektem pożądania, stanowiąc wybawienie od codziennego bólu istnienia [5].

Wiek XX to niestety postępująca laicyzacja europejskich społeczeństw, coraz dłuższe życie i postępująca jego medykalizacja, w wyniku czego śmierć stała się tematem wstydliwym, tematem tabu.

W opinii Spingera [6] przez wieki podstawą orzekania o śmierci było ustanie oddychania i krążenia krwi. Dopiero rozwój medycyny w XX wieku zmodyfikował definicję śmierci. W 1968 roku uznano, że kryterium śmierci człowieka powinna być śmierć jego mózgu, jako najważniejszego organu, a nie ustanie czynności serca [6].

Zdaniem Ziemińskiego [7], jeżeli zgodzimy się, że podstawą życia jest nadzieja, zaś jego sensem i spełnieniem miłość, to śmierć pozbawia życie wszelkiego sensu, rodząc pragnienie śmierci. Bo jak pisał Donne [8] *„Śmierć każdego człowieka umniejsza mnie, albowiem jestem zespolony z ludzkością”.*

Z kolei XXI wiek określa się cywilizacją śmierci, to jednak ludzie niechętnie rozmawiają o rzeczach ostatecznych i mają nikłą wiedzę z zakresu tanatologii.

Lęk tanatyczny

Śmierć godzi w nasze ciało, unicestwia je, niszczy i rozkłada
Ferruccio Antonelli [9]

Dodziuk [10] uważa, iż *„Śmierć to temat, który niemal wszystkich fascynuje, ale znacznie bardziej przeraża. Boimy się i dlatego niezbyt często zajmujemy się tą problematyką, a psychologia nam w tym nie pomaga. W porównaniu z zalewem poradników dotyczących miłości czy związków międzyludzkich liczba popularnych lektur o śmierci jest śmiesznie mała – prawie żadna.*”

Lęk wobec śmierci można rozpatrywać na różne sposoby - jako lęk przed własną śmiercią, przed śmiercią bliskich, przed samym momentem śmierci lub procesem umierania, tym co dzieje się z ciałem po śmierci oraz przed jej sposobem i negatywnym myśleniem na temat śmierci. Zawsze jednak angażuje osobowość człowieka i każdy przeżywa go bardzo indywidualnie.

Lęk przed własną śmiercią, za Makleson [11] dotyczy nieodwracalnego końca, końca naszego życia i rozwoju, może on dotyczyć różnych aspektów:

- umierania, czyli zbliżania się do śmierci
- zniszczenia ciała po śmierci
- pozostałych przy życiu bliskich
- nieznanego, nieznanej oceny moralnej przez Boga
- pozornej śmierci, powstaje niekiedy na skutek opowieści o pochowaniu jeszcze żywego człowieka

- przedwczesnej śmierci, kiedy jest się jeszcze maksymalnie twórczym
- wyglądu ciała po śmierci
- określonego typu śmierci
- śmierci społecznej (psychologicznej) - nieobecność w kontaktach międzyludzkich.

Lęk przed śmiercią, za Gebert [12], jest zjawiskiem specyficznym dla ludzi, ponieważ zwierzęta go nie odczuwają - *śmierć jednego ze stada, o ile nie poprzedza jej huk wystrzału czy pojawienie się drapieżnika, nie wzbudza u pozostałych żadnych reakcji*. Zdaniem autora [12] śmierci można bać się tylko wtedy, gdy ją się sobie wyobrazi, a ponieważ jest ona swoistą negacją istnienia, trzeba być najpierw tego istnienia świadomym. Z tego punktu widzenia lęk przed śmiercią jest jednym z najbardziej podstawowych elementów samoświadomości człowieka, w ogromnym stopniu regulującym ludzkie zachowania i nierozerwalnie związanym ze świadomością własnego istnienia [12].

Jastrzębski [13] zaniepokojenia śmiercią dopatruje się w instynkcie zachowania gatunku i własnego życia, w tajemniczości i nieokreśloności zjawiska śmierci oraz w perspektywie osamotnienia. W jego opinii [13] człowiek nie doświadcza śmierci wprost i bezpośrednio, ale wyłącznie poprzez okoliczności i otoczenie, w jakim żyje. Ponieważ doświadczenie to jest bliżej nieokreślone i tajemnicze, stąd wywołuje lęk. Z kolei poczucie osamotnienia, które wynika z zerwania więzi z własnymi korzeniami (aspekt społeczny), także może sprzyjać nasilaniu się lęku tanatycznego, wiąże się bowiem z przemyśleniami na temat niepewności, co do naszego przyszłego życia [13].

W aspekcie psychologicznym, za Jastrzębski [13], śmierć *„jawi się jako siła, która zmusza nas do porzucenia ciała, stanowiącego integralną część naszego stanu posiadania oraz istnienia, w związku z tym myśl o utracie ciała bardzo nas niepokoi”.*

Pamiętać należy, że lęk przed śmiercią jest zjawiskiem dynamicznym (zmienia się nasilenie lęku, sposób jego doświadczania, w efekcie odmiennie kształtuje się jego rola), rozwijającym się wraz z wiekiem i osiągającym pierwszą kulminację w okresie dorastania, drugą zaś w tzw. wieku średnim i wchodzącym pod koniec życia w fazę spadkową [12, 13].

U dzieci i młodzieży [11-15]:

- między 2. a 3. rokiem życia dominuje myślenie konkretne i obrazowe, stąd poznanie śmierci opiera się głównie na takich jej cechach jak brak ruchu, niezdolność jedzenia oraz picia, brak odczuwania i na tym etapie rozwoju lęk przed śmiercią zasadniczo nie występuje

- między 3–5 lat traktują śmierć jako rozstanie, są przekonane, że zmarły dalej żyje, tylko w innym miejscu, np. na cmentarzu. Dziecko w tym wieku nie rozumie jeszcze krańcowego charakteru śmierci i jej nieodwracalności. Akceptuje, że śmierć przytrafia się innym, dlatego nie doświadcza lęku przed własną śmiercią, lecz właśnie wspomnianego powyżej lęku separacyjnego, czy przed nieznanym.
- mniej więcej do 6. roku życia śmierć jest postrzegana jako zjawisko odwracalne, jako jedna z postaci snu i budzi wtedy głównie przemożną ciekawość, zapewne także ze względu i na to, że wyjaśnienia dorosłych, obarczone ich własnym lękiem przed śmiercią, dziecko odbiera jako tajemnicze i niezrozumiałe
- między 4. a 7. rokiem życia pojawia się nowa cecha śmierci - jej nieodwracalność, jednak nadal samo pojęcie śmierci jest niejasne
- od 6. roku życia dzieci zaczynają odróżniać śmierć od snu, nadal jednak nie rozumieją podstawowych atrybutów śmierci – zwłaszcza jej nieodwracalności. Często kojarzą z postacią przychodzącą do kogoś, a towarzyszy temu myślenie, że można magicznymi praktykami się przed nią zabezpieczyć. Nie boją się rozmów o przemijaniu, chyba że żyją w lęku separacyjnym
- na początku późnego dzieciństwa (7. rok życia) dziecko zdaje sobie sprawę z nieodwracalności śmierci, zaczyna brać pod uwagę możliwość własnej śmierci, ale zdaje się ona być dla niego bardzo odległa, wręcz niemożliwa
- około 8. roku życia rozwijają się pojęcia związane ze zjawiskiem śmierci - dzieci rozumieją już dobrze nieodwracalność śmierci, jej fizjologiczne aspekty, skłonne są traktować śmierć jako zjawisko biologiczne, choć ważną rolę w rozumieniu odgrywać zaczyna również religia
- między 8. a 9. rokiem życia jest punkt zwrotny w kształtowaniu się postawy tanatycznej, kiedy to dziecko zaczyna dostrzegać wszystkie zewnętrzne objawy śmierci w sensie biologicznym i zauważa wówczas ostatni z jej istotnych elementów - powszechność.
- w wieku 9–10 lat dzieci dostrzegają nieuniknioność i nieodwracalność śmierci, jej biologizm, ale nie radzą sobie z warstwą duchową i psychologiczną. W tym wieku rośnie lęk przed śmiercią, choć nie jest związany z pełnym jej zrozumieniem. Śmierć zaczyna jawić się jako proces, który obejmuje wszystkich ludzi. Zaczyna być personifikowana, uważana za osobę działająca *sua sponte* bądź na życzenie jakiegoś człowieka, a każdy zgon musi mieć tedy przyczynę w czyimś akcie woli; śmierć

następująca z przyczyn losowych bądź naturalnych jest niewyobrażalna. Konsekwencją powyższego przekonania może być niezwykle silne poczucie winy w przypadku zgonu osoby, której dziecko życzyło śmierci - a życzenia takie są dużo bardziej rozpowszechnione jako forma odreagowywania jawnie tłumionej agresji, niżby to wynikało z naszego wyidealizowanego obrazu dzieciństwa .

- około 11. roku życia zaczyna się kształtować dojrzałe wyobrażenie śmierci, zawierające elementy nieodwracalności, naturalności i bezosobowości, i dopiero takie wyobrażenie śmierci stać się może źródłem głębokiego przed nią lęku, gdyż uprzytamnia jej nieuchronny charakter, podczas gdy przed obrazem śmierci jako osoby dziecko broni się psychologicznie w sposób dość skuteczny poprzez myślenie magiczne i - przede wszystkim - poleganie na opiece i ochronie ze strony rodziców
- okres dojrzewania jest szczególnie trudny, gdyż następuje w nim kształtowanie tożsamości osobowej, czemu towarzyszy zachwiana samoocena, poczucie skończoności dzieciństwa, konieczność odnalezienia sensu życia, pojawia się szereg pytań etyczno-światopoglądowych, co sprzyja pojawieniu się lęku tanatycznego, ujawniającego się w *„lęku przed utratą umiłowanych osób, karze spotykającej człowieka po śmierci i przeżyciu własnej skończoności*"
- w okresie szkoły średniej zaniepokojenie śmiercią przejawia się w lęku przed utratą bliskich osób, obawą kary po śmierci oraz przeżywaniem własnej skończoności.

W czasie podejmowania samodzielnego życia pojawia się lęk przed unicestwieniem, przed utratą własnego „ja", które tak intensywnie formowało się w okresie młodzieńczym, a to zaniepokojenie śmiercią staje się tym bardziej intensywne, im bardziej jest zachwiana samoocena [13].

W okresie największej aktywności życiowej, za Jastrzębski [13]], ludzie przeżywają śmierć raczej jako niesprecyzowane zjawisko, aniżeli coś bezpośrednio zagrażającego.

Ochsmann, za Jastrzebski [13] wyodrębnia sześć lęków wobec zjawiska śmierci:

- przed spotkaniem ze śmiercią, który wyraża się w obawie przed bezpośrednim kontaktem z osobą umierającą lub zmarłą
- przed śmiertelnością, związany z troską o plany i zamierzenia, które zostaną nam udaremnione przez fakt śmierci oraz z obawami konfrontacji z cierpieniem bliskich nam osób
- przed końcem swego życia, wyrażający się w braku akceptacji śmierci, rozumianej jako definitywne zakończenie egzystencji

- przed fizycznym zniszczeniem, związany z silną obawą o to, co stanie się z ciałem po śmierci
- przed życiem po śmierci, wywoływany przerażającą perspektywą braku pewności tego, co będzie po śmierci i wreszcie
- przed procesem umierania, związany z wyobrażeniami na temat cierpienia, jakie śmierci towarzyszy.

Makselon [11] badał, jakie znaczenie dla lęku śmiertelnego mają egzystencjalne korelaty, takie jak: sens życia, poczucie osamotnienia, upływ czasu i stosunek do *Sacrum*. Wyodrębnił dwie grupy: I - o niskim poczuciu sensu i II - o wysokim poczuciu sensu życia. Autor [11] wykazał, że II grupa wkomponowywała śmierć w całość życia, czuła się do niej względnie przygotowana, podczas gdy postawa I grupy badanych była niejasna i ambiwalentna. Osoby z niskim poczuciem sensu we własne życie bardziej się lękały umierania, kontaktu ze zmarłym i przedwczesnej śmierci. Badając ogólny poziom lęku stwierdził, iż u osób z wysokim poczuciem sensu życia był on związany z lękiem przed umieraniem i lękiem o żyjących, a najmniej z lękiem o zniszczenie ciała. U osób z niskim poczuciem dotyczył przede wszystkim lęku przed zmarłym i lęku przed umieraniem. W ocenie poczucia osamotnienia Makselon [11] zróżnicował badanych na grupę z wysoką i z niską samotnością. Okazało się, że osoby z wyższym poczuciem osamotnienia osiągały wyższe wskaźniki w lęku przed umieraniem, przed nieznanym, o wygląd ciała i przedwczesną śmiercią, w porównaniu do osób nieosamotnionych. Nie zauważył natomiast żadnych istotnych różnic w lękach o zniszczenie ciała, o żyjących i przed pozorną śmiercią. Respondenci zapytani o to, czy dla człowieka najważniejsza jest przeszłość, teraźniejszość, czy przyszłość stwierdzali w 52,6%, że przyszłość, w 40,4%, że teraźniejszość, a w 7% - że przeszłość [11]. Wykazał także, że osoby preferujące przyszłość lub teraźniejszość w podobnym stopniu przeżywały lęk śmiertelny i różniły się od respondentów o orientacji retrospektywnej. Żyjący czasem przeszłym w większym stopniu niż pozostali bali się powolnego umierania, śmierci nagłej, czy raka. Ewidentnie lęk śmierci we wszystkich wymiarach był wyższy u osób preferujących przeszłość, w porównaniu do pozostałych osób [11]. Osoby o religijności personalnej nie mieli obaw co do istnienia życia wiecznego, nie bali się spotkania z Bogiem, a śmierć nie była dla nich kresem egzystencji. Natomiast średnia lęku śmiertelnego u osób z religijnością apersonalną wiązała się z niezdecydowaniem, ambiwalencją i niespójnością - respondenci o niskim wskaźniku religijności mieli podwyższy poziom lęku śmiertelnego [11].

Podejście do śmierci/umierania

„(...) wychodząc od śmierci i od stosunku ludzkości do śmierci,
odnaleźć człowieka, uchwycić jego reakcję na owo przejście,
które nie toleruje żadnej próby oszukania go. (...)
piętno śmierci odbija się w naszym
pojmowaniu życia (...) wszystko się tutaj ze sobą wiąże”
Vovelle [4]

W opinii Szaniawskiego [16] punkt widzenia śmierci przez ludzi wynika z ich wcześniejszych doświadczeń związanych ze śmiercią innych osób lub śmiercią kliniczną, wyznawanej wiary oraz ich osobowości.

Zdaniem Ziemińskiego [7] człowiek właśnie w śmierci upatruje zła najbardziej dotkliwego, rodzącego niemożliwy do stłumienia lęk i można stwierdzić, że jest ona złem absolutnym, stanowiącym źródło wszelkich innych możliwych postaci zła. Z tego powodu każda teoria śmierci, która bagatelizuje, czy eliminuje twierdzenie o złu śmierci musi zostać uznana za błąd [7].

W średniowieczu, za Vovelle [4] „dobra śmierć” to taka, która:

- była uregulowana zwyczajem, towarzyszyły jej niezbędne rytuały
- dawała znaki, że nadchodzi – o zbliżającej się śmierci umierający dowiadywał się dzięki zwiastunom, którymi mogły być np. wizje, przeczucia, znaki, poczucie obecności zmarłych itd.
- nie pojawiała się zdradziecko – człowiek wiedział, że nadchodzi, miał czas, aby się do niej przygotować, wiedział, jak długo będzie jeszcze żył
- przychodziła do umierającego, gdy znajdował się on w łóżku, otoczony bliskimi ludźmi.

„Śmierć haniebna” w tych czasach, za Vovelle [4], to śmierć:

- bez towarzyszących jej rytuałów i obrzędów
- nagła, niespodziewana, przypadkowa, taka, do której nie można się przygotować.
- w samotności, bez świadków.

Starożytni, jak podkreśla Aries [5], czuli strach przed zmarłymi i grzebali ich z daleka od domostw.

Pierwsi chrześcijanie także unikali bliskości zmarłych, jednakże z czasem ich stosunek zaczął się zmieniać [5]. Przejawem powyższego było np. miejsce pochówku - *„Od*

początków praktyki grzebania ad sanctos groby zagarniały wnętrze kościołów, poczynając od cmentarnych bazylik. Można przypuszczać, ze zwyczaj grzebania w kościołach był współczesny tekstom, które go potępiały: kanoniczne zakazy nie zapobiegały jego trwałemu szerzeniu się w całym zachodnim chrześcijaństwie. Nigdy bowiem, co najmniej aż do końca XVIII wieku, nie przestano chować zmarłych w kościołach" [5].

Na cmentarzach nie grzebano wyklętych, przestępców ani skazańców, za Aries [5], a ich ciała porzucano w polu, czasem pozostawiano je obok szubienicy, czasem po prostu z szubienicy ich nie ściągano, zdarzało się, że ciała skazańców palono, a ich prochy rozsypywano na wietrze.

Od XVI do XVIII wieku przykościelne cmentarze przenoszono za miasto, gdzie tworzono także nowe cmentarze [5].

Wraz z dominacją uczuciowości i miłości zaczęły na cmentarzach, obok zbiorowych grobów, pojawiać się pochówki indywidualne [5].

W XIX wieku przysługiwały one już każdemu, nie tylko tym, których bliscy specjalnie za to płacili [5]. Członkowie rodziny zaczęli być chowani obok siebie. Na cmentarnych murach zaczęły pojawiać się epitafia, później kamienie nagrobne, a cmentarze zaczęły przypominać ogrody [5].

Z postawami wobec śmierci ściśle wiąże się fakt umierania. Zdaniem Kübler – Ross [17, 18] proces umierania obejmuje etapy, które różnią się treścią i intensywnością umierania, akceptacją nieuchronności śmierci. Przeprowadziła ona wiele rozmów z nieuleczalnie chorymi (200 pacjentów), co pozwoliło jej wyodrębnić pięć reakcji wobec śmierci, zwanych także etapami umierania: zaprzeczenie i izolacja, gniew, targowanie się, depresja i pogodzenie się.

<u>Zaprzeczanie i izolacja</u>

Kto się boi, nie wiedząc właściwie czego, podwójnie się boi

Ivo Andric [19]

Pojawia się w momencie poinformowania o rozpoznaniu i/lub niekorzystnym rokowaniu, występuje ona prawie u wszystkich, nie tylko w pierwszych fazach choroby, ale czasem i później. Jest to pewnego rodzaju szok i niedowierzanie. Chory zaprzecza możliwości choroby (śmierci), neguje niekorzystne informacje dotyczące jego zdrowia, nie chce znać bolesnej prawdy, odwiedza wielu lekarzy, wykonuje kolejne badania diagnostyczne i oczekuje nowej interpretacji wyników. Niemożność pogodzenia się z losem sprawia, ze człowiek zamyka się w sobie, izoluje się od otoczenia. Reakcja zaprzeczania jest pewnego rodzaju mechanizmem obronnym, buforem po doznaniu nieoczekiwanego wstrząsu, pozwala

choremu na opanowanie się i z czasem na zmobilizowanie innych i mniej radykalnych środków obronnych [17, 18].

Gniew

Każdy człowiek ustosunkowuje się do śmierci tak, jakby był tym jedynym,
a przynajmniej pierwszym, który ma umrzeć
Stanisław Czosnowski [20]

Następuje po uświadomieniu sobie przez chorego prawdy, wtedy gdy człowiek nie może już dłużej zaprzeczać oczywistości. Oprócz gniewu często występuje uczucie wściekłości, zazdrości, rozżalenia. Chory uważa, że lekarze źle leczą, pielęgniarki, osoby bliskie źle się opiekują. Rodzina bywa przyjmowana bez radości, a czasem niechętnie [17, 18].

Targowanie się

Zło najstraszliwsze, śmierć, nie dotyka nas wcale, bo póki my jesteśmy,
nie ma śmierci, a kiedy jest śmierć, nie ma nas
Epikur [21]

Stanowi próbę odroczenia śmierci. Chory „zawiera układy” z losem lub z Bogiem. Tok jego myślenia jest następujący: jeżeli nie mógł pogodzić się z rzeczywistością w pierwszym okresie, był zły na Boga i ludzi w drugim, to może uda mu się zawrzeć pewnego rodzaju układ, który opóźni nieuniknione wydarzenia. W zamian za dobre zachowanie pragnie uzyskać od Boga i personelu odłożenie na później terminu śmierci [17, 18].

Depresja

Nie ma we mnie żadnej myśli, w którą nie zostałaby wrzeźbiona śmierć
Michał Anioł [22]

Kiedy człowiek nie może dłużej wątpić w swoją chorobę, kiedy pojawiają się dodatkowe objawy, dolegliwości, wyczerpanie - dominujące staje się przygnębienie. Do tego dochodzi utrata pracy, roli żony i matki, męża lub ojca, martwienie się o rodzinę. To wszystko prowadzi do depresji – ogromnego cierpienia [17, 18]. Według Kübler-Ross istnieją dwa rodzaje depresji: reaktywna (do której doprowadza świadomość nieuchronności śmierci, a chory obserwując swoje dolegliwości, objawy, postępujące osłabienie, pyta o własną przyszłość) i przygotowawcza (dotycząca strat przyszłych, utraty wszystkiego co się kocha, jest fazą przygotowującą do następnego etapu) [17, 18].

Pogodzenie się (akceptacja)

Śmierć jest nagrodą życia
Jean Giradoux [23]

Osoba akceptuje sytuację, w której się znalazła, uspakaja się i wycisza. Chory nie ma już siły walczyć o życie. Zmniejsza się jego zainteresowanie otoczeniem, człowiek ze spokojem oczekuje śmierci. Nadał boleje nad utratą bliskich osób, ale jest spokojny i oczekuje też spokoju ze strony personelu i rodziny [17, 18].

Sofokles [24] pisał: „*Śmierć jest długiem, który każdy musi spłacić*", co sugeruje, że życie ludzkie upływa w strachu przed tym nieuchronnym, ostatecznym finałem.

Pojęcie śmierci w opinii Geberta [12] kształtuje się w rozwoju ontogenetycznym człowieka w podobny sposób, jak i inne pojęcia.

Smith i wsp. [25] przedstawili wyniki badań dotyczących związku między chorobą, religijnością, postawami wobec śmierci i lękiem śmiertelnym. Zakładali, że bardziej negatywnemu wartościowaniu zjawiska śmierci będzie towarzyszył większy lęk przed nią, a wiara w życie po śmierci może go obniżać. Zbadali 20. pacjentów chorych terminalnie mających przed sobą rok życia i wiedzących o tym. Piętnastu z dwudziestu badanych twierdziło, że nie boi się śmierci. W ocenie wpływu wiary w istnienie po śmierci, autorzy [25] ustalili zależność krzywoliniową – osoby mające skrajne poglądy bały się mniej od tych, które nie wyrażały stanowiska w sprawie życia po śmierci.

Ks. Dziewiecki [26] uważa, iż najbardziej niedojrzałym sposobem radzenia sobie z żałobą w obliczu śmierci kogoś bliskiego jest ucieczka od bólu, negowanie straty, udawanie, że nic się nie stało, albo ucieczka w leki uspakajające, czy substancje psychotropowe (alkohol, narkotyk). Typowe konsekwencje niedojrzale przeżywanej żałoby, to: depresja, poczucie winy, bunt, agresja, chaos i dezorientacja życiowa, ucieczka w samotność albo ucieczka od samotności, lęk, niezdecydowanie, bezradność, poczucie zawstydzenia, natarczywe pytanie o sens śmierci, idealizowanie zmarłego lub utożsamianie się z nim, niepokojące sny, utrata więzi społecznych, niepokojące reakcje cielesne i problemy zdrowotne, a nawet obsesje i myśli samobójcze [26]. Przedstawiciele obu płci przeżywają zwykle podobny ból w obliczu śmierci kogoś bliskiego, jednakże kobiety dużo łatwiej uzewnętrzniają swoje bolesne przeżycia, chętniej o tym mówią i łatwiej przyznają sobie prawo szukania pomocy oraz wsparcia u innych ludzi. Mężczyźni z reguły próbują radzić sobie w samotności ze swoim bólem i z trudem go uzewnętrzniają, unikają rozmów na ten temat [26].

Szaniawski [16] wyróżnia pięć podstawowych postaw wobec śmierci zależnych od naszej osobowości, takich jak:

- ambiwalentna - z jednej strony jest świadomość, że śmierć jest wartością, z drugiej, że stanowi największą niepewność, smutną konieczność, koniec nadziei i tragedię, dana osoba boi się śmierci, ale też podejmuje próbę myślenia o niej.
- spokojna - akceptująca śmierć, śmierć według niej to nie tragedia, ale tajemnica, droga do odrodzenia i oczyszczenia, myślenie o śmierci motywuje go do zmiany własnego życia
- religijna - ujmuje śmierć w perspektywie wiary, ale nie zawsze według niej żyje. Często myśli o własnej śmierć i bliskich mu osób, co nie przeszkadza mu na optymistycznym patrzeniu na życie, śmierć jako zjednoczenie z Bogiem.
- unikowa - nie myśli o własnej śmierci, nie uważa jej za najważniejsze zagadnienie, nie stanowi dla niego tragedii, nie przeraża go, często jednak myśli o śmierci bliskich.
- przerażona - śmierć jako centralny problem życia, największa niepewność, boi się jej i często o niej myśli, jednak ta refleksja nie pomaga mu w lepszym życiu.

W opinii Kaczmarek [27] współczesny stosunek do śmierci ma przynajmniej trzy oblicza:

- pierwsze – przyjmowanie postawy indyferentnej, traktującej śmierć jako unicestwienie i negatywność
- drugie – zakorzenienie jej w horyzoncie teologicznym, scalającym umieranie z perspektywą wieczności, o której myśl ma ukierunkować doczesne ludzkie życie,
- trzecie – działania „oswajające śmierć" – ruchy hospicyjne, które nie zawsze są związane z określonym dyskursem religijnym, jednak przywracają śmierci jej społeczną akceptację i odrzucają kategorię nieprzyzwoitości cierpienia i choroby.

Według Kolbuszewskiego [28], pod koniec XX wieku współistnieją ze sobą:

- kryzys śmierci - unikanie mówienia i myślenia o śmierci, odsunięcie jej i umierania z codziennego życia, umieranie większości ludzi w szpitalach, komercyjne podejście do obrzędu pogrzebowego, praktyczny brak uczestnictwa rodziny w przygotowaniu zmarłego do pogrzebu
- pornografia śmierci - śmierć staje się przedmiotem widowiska i fascynacji, jest eksponowana, np. w filmowych scenach nagłej, gwałtownej śmierci, grach komputerowych itd.
- renesans śmierci - dynamiczny rozwój naukowej refleksji tanatologicznej oraz rozwój ruchu hospicyjnego, opieki paliatywnej itd.

Ks. Dziewiecki [26] podkreśla, że rytuały i obrzędy żałobne coraz częściej traktowane są jako zbędna tradycja odchodząca w zapomnienie. Jednakże zdaniem autora [26], dla procesu przezwyciężania bólu związanego ze stratą i żałobą niezwykle cenne są pogrzeb i jego przygotowanie, osobiste pożegnanie ze zmarłym, spotkanie rodziny i przyjaciół po pogrzebie, okres oficjalnej żałoby, zachowanie pamiątek, a także świadome przeżywanie kolejnych rocznic śmierci.

Vovelle [4] podkreśla, że umierający staje się kimś drugorzędnym, kimś kto kona w dyskretnym oddaleniu od publicznych spojrzeń, „medycznym przypadkiem", zepchniętym do zimnej, szpitalnej izolatki, w której odurzony farmakologicznymi środkami „traci" własną śmierć i jak pisze Thomas, „*wydarto człowiekowi jego własną śmierć*" [29].

Wraz z rozwojem nowych technologii pojawiły się także nowe formy upamiętniania i opłakiwania zmarłych – a ich propagatorem, siłą napędową stał się Internet. Coraz częściej ogląda się transmisje uroczystości pogrzebowych przez Internet, coraz więcej funkcjonuje wirtualnych cmentarzy, pomników, czy wirtualnych świeczek, które mają wygląd typowych świeczek lub lampek, albo są oznakowywane specjalnymi znakami - [*], */.

Badania własne

Przede wszystkim rozszerzenie granic nauki,
bez tego wszystko jest daremne [30]

Od kilku lat, w Zakładzie Zintegrowanej Opieki Medycznej UMB prowadzimy badania dotyczące współczesnych postaw wobec śmierci i umierania.

Jednym z badań objęto 150 losowo wybranych osób [31]. Ankietowani w 71,9% twierdzili, iż słysząc słowo „śmierć" odczuwali zadumę, refleksję. Strach odczuwało 23,1% z nich, a ciekawość - 5%. Słowo „śmierć" kojarzyło się respondentom: z przemijaniem i nieuchronnością (66,8%), ze starością (49,2%), z czymś przykrym (49,1%), z cierpieniem (39,9%), ze strachem (32,3%), z chorobą (24,7%), bólem (21%), ze spokojem (21%), ze smutkiem (17,3%), z gniewem (14,7%), z zakończeniem życia ziemskiego (12,2%), samotnością (10,8%), a także z trumną (5%) i oczekiwaniem na drugie przyjście - zmartwychwstanie (2%). Umieranie kojarzyło się badanym z nieuchronnością cierpienia (48,9%), bólem (32,1%), rozstaniem (19%). Śmierci bało się 42,1% ankietowanych, a w życie po śmierci wierzyło - 66,9% ankietowanych. Respondenci częściej myśleli o śmierci najbliższych (16%) niż o śmierci - własnej (13,3%). W opinii 38,8% badanych śmierć

powinna być zawsze następstwem choroby i dotykać wyłącznie ludzi starszych [31]. Na wiadomość o śmierci kogoś bliskiego 31,8% badanych reagowałoby tak samo, jak na kogoś obcego, odmiennie - 45,1% z nich, a 23,1% nie było pewnych swej reakcji. W chwili śmierci bliskiej osoby, ankietowani czuliby rozpacz (34, 9%), modliliby się, nie mogliby opanować płaczu (29,1%), odczuwaliby smutek (29,8%), czuliby żal (17%), byliby bezradni (17%), odczuwaliby strach (16,2%), czuliby pokorę (14,3%), czuliby pustkę (10,7%), czuliby ulgę, że zmarł w komforcie (6,3%), odczuwaliby zadumę (5%), odczuwaliby spokój (5%), nic by nie czuli (1,7%), albo czuliby się niezręcznie (1%). Osoby badane w większości (68,9%) twierdziły, iż ludzie są świadomi tego, że umierają. O śmierci z innymi osobami rozmawiało 74,9% ankietowanych. Zdaniem badanych śmierć bliskiej osoby zmienia postrzeganie śmierci (58,9%), a taki wpływ ma choroba bliskiej osoby (18,9%), każda śmierć (18,1%) i każda choroba (3,1%). Miejscem preferowanym do umierania były według ankietowanych: dom (67,8%), szpital (6,1%) lub hospicjum (2%) [31]. Badanych poproszono o wypowiedzenie się na temat preferowanej przez nich postawy wobec śmierci. W tym celu zastosowano skalę punktową, w której badany otrzymywał 4 pkt.- zdecydowanie tak, 3 pkt.- raczej tak, 2 pkt.- raczej nie , 1 pkt. zdecydowanie nie i 0 pkt,- trudno powiedzieć. Najczęściej prezentowaną postawą wobec śmierci było: „*wyraźnie unikam kontaktu z umierającym, innymi członkami rodziny, personelem medycznym oraz rozmów na tematy związane ze śmiercią*”- średnio 2,4 pkt. ± 1,4. Najrzadziej preferowana postawa - „*akceptuję śmierć jako zjawisko naturalne, które należy brać pod uwagę i z którym trzeba walczyć dopóki to możliwe, ale też z którym trzeba się pogodzić, jeśli w sposób nieuniknionу się zbliża*” -średnio 0,7 ± 0,9. O tym, iż istnieje pojęcie „dobrej” i „złej” śmierci przekonanych było 85,9% badanych. W opinii badanych dobra śmierć, to śmierć bez bólu - 45,9%, w obecności bliskich- 29,1% lub nagła - 25%. Zła śmierć, to samotna - 60,9%, w męczarniach - 34,1% lub wtedy, gdy zostawia się niedokończone sprawy - 5%. W celu oceny stopnia wpływu poszczególnych czynników na postrzeganie śmierci zastosowano skalę punktową, w której badany otrzymywał 1 pkt. za odpowiedź „w ogóle nie kształtuje”, 2 pkt. za odpowiedź „kształtuje słabo”, 3 pkt. - za „kształtuje w umiarkowanym stopniu”, 4 pkt. za - „kształtuje mocno” i 5 pkt. - za „kształtuje bardzo mocno”. Zdaniem respondentów w największym stopniu postrzeganie śmierci kształtuje rodzina (średnio 4,3 ± 1,0), a w najmniejszym radio (średnio 2,9 ± 1,4) [31].

Więcej szczegółowych danych w pracy: Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, Med. Paliat., 2013, 4, 163-170 [31].

W innej pracy, także w grupie 150 losowo wybranych respondentów [32], którzy w ostatnim czasie ponieśli stratę, w tym utracili: dziadka - 49%; babcię – 60%; matkę -17%, ojca- 10% , przyjaciela- 9%; kolegę/koleżankę - 8% lub męża- 5%. Badanych poproszono o to, by w skali od 0 do 10 ocenili stan swojego samopoczucia bezpośrednio po stracie najbliższej osoby. W skali tej punkt 0 oznaczał „tragiczne samopoczucie”, a punkt 10 - „samopoczucie idealne”. Średnia ocena stanu samopoczucia ogółu ankietowanych bezpośrednio po stracie najbliższej osoby wynosiła 4,8.±1,6, co świadczy, iż odczuwali oni spory dyskomfort. W kolejnym etapie badań poproszono ankietowanych, aby w skali pięciopunktowej ocenili każdy etap poszczególnych zachowań, postaw, cech, najbardziej charakterystycznych ich zdaniem dla poszczególnych faz przeżywania okresu żałoby [32]. Przy czym 1 pkt. przyznawano za odpowiedź „nigdy”, 2 pkt. - za „bardzo rzadko”, 3 pkt. - za „czasami”, 4 pkt. - za „często” i 5 pkt. „za bardzo często”. W opinii ankietowanych najlepszym sposobem przeżywania żałoby jest „znalezienie przyjaciela” - 89,3% badanych, a najgorszym „myślenie, że najskuteczniejszy będzie czas” - 8%. Wsparcie/pomoc w momencie utraty najbliższych otrzymało 97,3% osób z grupy po starcie, w tym 57,3% badanych od rodzin, 21,3% od przyjaciół, 10% od znajomych, 6% od różnych fundacji, stowarzyszeń i 3,3% od sąsiadów. Była to pomoc w postaci towarzyszenia osobom po stracie (63,3%), rozmowy - 28,6%, pomocy specjalistycznej - 3,3% lub wsparcia duchowego - 2 % ogółu badanych. Żadnej pomocy nie uzyskało 2,6% ogółu badanych [32] . Wykazano różnice w percepcji najlepszego sposobu przeżywania okresu żałoby pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn - w zakresie brania udziału w rytuałach i obrzędach żałobnych, znalezieniu przyjaciela, znalezieniu nowego zajęcia, hobby, w myśleniu, że najskuteczniejszą terapią na ból po starcie będzie czas, skorzystaniu z porady psychiatry, porady psychologa , grup wsparcia i z portali zajmujących się tym problemem. Za najistotniejsze formy wsparcia/pomocy dla osób w okresie żałoby/osierocenia badani uznali: możliwość rozmowy - 48% osób, okazywanie im zainteresowania przez innych - 39% osób lub pomoc materialną - 13% osób [32].

Więcej szczegółowych danych w pracy: Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Rozwadowska E., Cybulski M.: Postrzeganie wybranych aspektów okresu żałoby i osierocenia, Medycyna Paliatywna 2014, 6,1, 55–62 [32].

W kolejnej pracy [33] badaniem objęto 100 studentów kierunku Pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku i 100 studentów kierunku Pedagogika Uniwersytetu w Białymstoku. W badaniu uczestniczyło 87% kobiet i 13% mężczyzn z kierunku pedagogika oraz 84% kobiet i 12% mężczyzn z kierunku

pielęgniarstwo. 100% badanych na kierunku pedagogika stanowiły osoby w przedziale wiekowym 18-25 lat, natomiast na kierunku pielęgniarstwo 57% były to osoby z grupy wiekowej 18-25 lat, 23% z grupy - 26-35 lat oraz 20% z grupy 36 i powyżej lat. Studenci z kierunku pedagogika w większości kojarzyli pojęcie śmierci z przemijaniem i nieuchronnością (38%), z przejściem do życia wiecznego (32%) lub cierpieniem (28%), zaś ankietowani z kierunku pielęgniarstwo - z przemijaniem i nieuchronnością (55%), z zakończeniem życia ziemskiego (46%) lub z przejściem do życia wiecznego (40%). Śmierci bało się 57% studentów kierunku pedagogika i 33% kierunku pielęgniarstwo [33]. Osoby ankietowane zapytane, czy reagują na śmierć kogoś bliskiego tak samo, jak na śmierć kogoś obcego - najczęściej odpowiadały, że nie (68% studentów pielęgniarstwa, 59% studentów pedagogiki. Ankietowani studenci kierunku pielęgniarstwo w większości nie potrafili ocenić odczuć pacjentów w chwili śmierci (39%) lub byli przekonani, że odczuwają oni coś dziwnego, trudnego do opisania (36%). Z kolei studenci pedagogiki byli przekonani, że chorzy odczuwają strach (32%) i bezradność (30%). Stwierdzono, że w chwili śmierci bliskiej osoby, przeważająca liczba studentów na kierunku pedagogika czuła pustkę (52%), a z kierunku pielęgniarstwo - bezradność (41%) i smutek (34%) [33]. Według ankietowanych na obu kierunkach ludzie mają świadomość, że umierają (pielęgniarstwo – 60%, pedagogika – 63%. Odmienna opinię wyraziło 7% studentów pielęgniarstwa i 4% pedagogiki. Przeważająca liczba ankietowanych na obu kierunkach uważała, że w momencie śmierci choremu powinna towarzyszyć rodzina (pielęgniarstwo – 79%, pedagogika – 87%). W drugiej kolejności grupa studentów pielęgniarstwa wskazała na księdza (10%), a grupa pedagogów - lekarza (4%). Studenci obu kierunków (33% z pielęgniarstwa i 41% z pedagogiki) z reguły nie rozmawiali o śmierci. Temat ten podejmowało 32% badanych z kierunku pielęgniarstwo i 34% z kierunku pedagogika. Problem z odpowiedzią miało 35% osób z pielęgniarstwa i 25% z pedagogiki. Według ankietowanych zarówno na kierunku pielęgniarstwo, jak i pedagogika, najlepszym miejscem, aby umrzeć jest dom (pielęgniarstwo - 69%, pedagogika – 65%). Sposób postrzegania śmierci zdaniem badanych najczęściej zmienia śmierć bliskiej osoby (pielęgniarstwo – 59%, pedagogika – 62%) [33].

Więcej szczegółowych danych w pracy: Rygorowicz E., Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Grassmann M.: Potrzeby duchowe chorych, śmierć i cierpienie w percepcji studentów. Medycyna Paliatywna 2015; 7(3): 186–200 [33].

Podsumowanie

„Mors omnia aequat"
„Śmierć wszystko wyrównuje"
Klaudian Klaudiusz [34]

Dodziuk, terapeuta z wieloletnim doświadczeniem, w swojej książce napisała [35]: *„Śmierć to temat, który niemal wszystkich fascynuje, ale znacznie bardziej przeraża. Boimy się i dlatego niezbyt często zajmujemy się tą problematyką, a psychologia nam w tym nie pomaga. W porównaniu z zalewem poradników dotyczących miłości czy związków międzyludzkich liczba popularnych lektur o śmierci jest śmiesznie mała – prawie żadna.*"

Chorobliwy lęk przed śmiercią i umieraniem nosi nazwę tanatofobii [36]. Jest to ciągłe rozmyślanie o śmierci, unikanie miejsc, z którymi wiąże się koniec życia (pochówek, cmentarz, dom pogrzebowy, trumna), niemówienie o śmierci i umieraniu, skrywanie własnych emocji i traktowanie każdego pogorszenia zdrowia jako objawu nadchodzącej śmierci. Takie tendencje myślowe przeszkadzają w codziennym życiu, powodują przyspieszone tętno, duszności, potliwość, paraliż, bóle i zawroty głowy, szybszy i płytszy oddech, przyspieszone bicie serca i silny, paniczny niepokój. Tanatofobia często współwystępuje z nozofobią (chorobliwym lękiem przed zachorowaniem), hipochondrią i zaburzeniami somatycznymi. Dane empiryczne wskazują, że osoby starsze (głównie po 60. roku życia) wykazują mniejszy poziom niepokoju o własne życie, niż osoby młodsze [36].

Na rozwój tanatofobii duży wpływ mają: kwestie wiary, sposób wychowania, doświadczenia z dzieciństwa [36]. Kształtują one bowiem stosunek do świata, priorytety, system wartości, aspiracje, poczucie własnej wartości i przyczyniają się do rozwoju różnych lęków i fobii. Ludzie wierzący mogą niestety w większym stopniu cierpieć na lęk przed śmiercią - według religii bowiem życie wieczne wiąże się z życiem doczesnym - ten kto przestrzega dekalogu zostanie zbawiony, jeżeli będzie żyć w grzechu – będzie potępiony na wieczność, a w chwili śmierci wszystkie uczynki zostaną ocenione - wszystko powyższe może prowadzić za życia do silnego niepokoju oraz panicznego strachu. Także brak wiedzy, co tak naprawdę czeka „każdego po tej drugiej stronie" może sprzyjać rozwojowi tanatofobii. Problem mają także osoby, które w czasie życia lubią sprawować nad wszystkim kontrolę, a ich każda decyzja jest przemyślana, zaplanowana i świadoma. W przypadku takich osób śmierć to wielka niewiadoma, nie można się na nią przygotować i jej przewidzieć, stąd rozwija się u nich lęk i niepewność. Tanatofobia może być spowodowana nie tylko samą śmiercią, ale czasem, który jest przed nią, z wyniszczającą chorobą, bólem i cierpieniem,

które wiążą się z odejściem. Osoby mające małe dzieci lub kogoś, kim powinni się opiekować, mogą czuć obawę o ich los oraz o to, co stanie się z najbliższymi po ich odejściu [36].

Według antropologów, za Vuillemin [37] świadomość zbliżającej się śmierci jest jednym z elementów odróżniających człowieka od zwierzęcia. Śmierć jako zjawisko powszechne, przyszłe i pewne, dotykające każdego członka społeczeństwa, zawsze budziła wielkie zainteresowanie nie tylko poszczególnych jednostek, ale i całej społeczności. W poszczególnych epokach historycznych próbowano oswoić się z tym wydarzeniem przez wypracowanie zespołu zachowań i rytuałów, które miały mieć zastosowanie w momencie śmierci [37].

Na przestrzeni dziejów postrzeganie śmierci przez społeczeństwo przeszło radykalne zmiany, od jak podaje Vuillemin [37] łączenia zgonu z przemianą duchową i cielesną (co było istotnym elementem większości religii i systemów filozoficznych) do odhumanizowanej medykalizacji śmierci w czasach obecnych. Dawne kultury, bardziej odporne na umieranie, wytworzyły model „śmierci oswojonej". Ludzie umierali w domach, w otoczeniu najbliższych, pogodzeni z tym faktem. Dziś coraz więcej ludzi chciałoby umrzeć szybko, bez bólu, ze znieczuleniem, we śnie. Stąd też temat śmierci jest pomijany, przemilczany, jest niewygodny.

Rozwój medycyny zniósł wyraźną granicę pomiędzy życiem a śmiercią, doprowadził do instytucjonalizacji śmierci, a to wpłynęło także na jej sposób postrzegania. W opinii Ostrowskiej [40] reakcje ludzi na "nienaturalną śmierć" są wiele bardzie naturalne, niż na zwyczajną śmierć wskutek choroby, która jest przecież przeznaczeniem znacznej większości ludzi.

Według Ariesa [5] do końca średniowiecza – koncentrowano się na śmierci własnej, od XVIII do XIX wieku (szczególnie w romantyzmie) – skoncentrowano się na śmierci drugiej osoby, zaś w XX wieku śmierć traktuje się jako nowe tabu naszych czasów.

Podsumowaniem rozdziału niech będą słowa:

- Jacquesa Brehanta (profesora nauk medycznych, francuskiego chirurga i onkologa, założyciela Centrum Piotra i Marii Curie - Instytutu Onkologicznego w Algierze) - "*Możemy przed naszą śmiercią uciekać, ona i tak o nas nie zapomni! Możemy wypracować tyle filozofii, ile nam się spodoba, śmierć wyśmieje nagromadzone przez nas kompromisy. Będzie nam zawsze zadawała te same natrętne pytania, o które rozum się potyka*" [38]

- Blaise Pascala (francuskiego filozofa i matematyka) - "*Ludzie nie mogąc znaleźć lekarstwa na śmierć, nędzę, niewiedzę, postanowili — aby osiągnąć szczęście — nie myśleć o tym*" [cyt. za 38]
- Epikteta z Hierapolis (filozofa rzymskiego, jednego z reprezentantów stoicyzmu) - *Przeciw śmierci uzbroić się trzeba w odwagę, przeciw strachowi śmierci – w ostrożność. My jednak obecnie stawiamy rzeczy na głowie: przed śmiercią rzucamy się do ucieczki, wykazujemy jednak całkowitą zarazem nieostrożność i beztroskę o to, żeby wyrobić sobie właściwe wyobrażenie o śmierci"* [39].

Piśmiennictwo

1. http://www.cytaty24.eu/164,szukane.html, data pobrania 19.09.2016.
2. Engels H.: Anty-dùhring, Książka i Wiedza, Warszawa, 1969.
3. Mir C.: Idąc z aniołem śmierci, Wyd. Benedyktynów Tyniec, Kraków, 2010.
4. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji zachodu. Od roku 1300 po współczesność, Słowo/obraz/terytoria, Gdańsk, 2008.
5. Aries P.: Człowiek i śmierć, PIW, Warszawa, 1998.
6. Singer P.: O życiu i śmierci: Upadek etyki tradycyjnej, Biblioteka Myśli Współczesnej, Warszawa, 1997.
7. Ziemiński I.: Twoja śmierć. Próba eksplikacji doświadczenia śmierci, Diametros, 2007, 11, 111-141.
8. http://lubimyczytac.pl/cytat/7535, data pobrania 19.09.2016
9. Antonelli F.: Oblicza śmierci, Wyd. „M", Kraków, 1995.
10. Dodziuk A.: Nie bać się śmierci, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa, 2001.
11. Makselon, Lęk wobec śmierci. Wybrane teorie i badania psychologiczne, Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków, 1988.
12. Gebert K.: Jednostka wobec śmierci, http://www.jednota.pl/archiwum/o-smierci/303-jednostka-wobec-mierci, data pobrania 19.09.2016
13. Jastrzębski J.: Psychologiczny wymiar lęku przed śmiercią, http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=209, data pobrania 19.09.2016
14. Widera - Wysoczańska A.: Spojrzenie dziecka na zagadnienia umierania i śmierci, Przegl. Psychol., 1990, 3, 587- 595.

15. Kielar-Turska M.: Poznawcza reprezentacja śmierci u dzieci i wiedza ich rodziców w tym zakresie - rola rodzinnego dyskursu [w:] Wrona-Polańska H. (red.), Zdrowie - stres - choroba w wymiarze psychologicznym, Impuls, Kraków, 2008, 323-337.
16. Szaniawski T.: Typy postaw wobec śmierci a osobowość, PAT, Kraków 1988.
17. Kùbler – Ross E. : Rozmowy o śmierci i umieraniu, PAX, Warszawa, 1979.
18. Kùbler – Ross E.: Życiodajna śmierć. Księgarnia św. Wojciecha, Poznań, 2005.
19. http://cytaty.o.pl/ivo-andric-kto-sie-boi-nie-wiedzac/, data pobrania 9.10.2012.
20. http://smok13.w.interia.pl/podstrony/cytaty/cytaty1.html, data pobrania 9.10.2012.
21. http://cytaty.o.pl/epikurzlo-najstraszliwsze-smierc-nie-dotyka-nas-wcale/, data pobrania 19.09.2016.
22. http://pl.wikiquote.org/wiki/Micha%C5%82_Anio%C5%82, data pobrania 19.09.2016
23. http://www.cytaty.info/cytat/smiercjestnagrodazycia.htm, data pobrania 19.09.2016
24. http://www.cytaty.com.pl/szukaj.php?autor=Sofokles&kategoria=&tresc=&offset=10, data pobrania 19.09.2016.
25. Smith D.K, Nehemkis A.M., Charter R.A.: Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill, Int. J. Psychiatry Med., 1983-1984, 13, 221-232.
26. Dziewiecki M. Ks.: Śmierć, żałoba, życie, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/T/TS/smierc_zaloba_zycie.html, data pobrania 19.09.2016.
27. Kaczmarek A.: Śmierć. Poszukiwanie znaczenia w kontekstach kulturowych, społecznych i politycznych, Teka Kom. Politol. i Stos. Międzynar. – OL PAN, 2009, 4, 165–179.
28. Kolbuszewski J.: Problemy współczesnej tanatologii, Wydawnictwo WTN, Wrocław 1997.
29. Thomas L.V.: Wprowadzenie do antropologii, [w:] Antropologia śmierci. Myśl francuska, Cichowicz S., Godzimirski J.M. (red.), PWN, Warszawa, 1993, 27.
30. https://www.cytaty.info/temat/nauka-2.htm#, data pobrania 19.09.2016.
31. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Sarnacka E., Cybulski M.: Współczesne postawy wobec śmierci i umierania, Med. Paliat., 2013, 4, 163-170.
32. Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Rozwadowska E., Cybulski M.: Postrzeganie wybranych aspektów okresu żałoby i osierocenia, Med. Paliat., 2014, 6,1, 55–62.
33. Rygorowicz E., Guzowski A., Krajewska-Kułak E., Grassmann M.: Potrzeby duchowe chorych, śmierć i cierpienie w percepcji studentów. Med. Paliat., 2015, 7, 3, 186–200.
34. http://pl.wikipedia.org/wiki/%C5%9Amier%C4%87, data pobrania 19.09.2016.

35. Dodziuk A.: Nie bać się śmierci, Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa, 2001.
36. Makselon J.: Lęk wobec śmierci, PTT, Kraków, 1988.
37. Vuillemin J.: Śmierć w oczach zwierzęcia [w:] Antropologia śmierci. Myśl francuska, Cichowicz S., Godzimirski J.M. (red.), PWN, Warszawa, 1993, 35–37.
38. Brehant J.: Thanatos. Chory i lekarz w obliczu śmierci, INNE, Warszawa, 1980.
39. Epiktet, Diatryby. Encheiridion, PWN, Warszawa, 1961.
40. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa, Wydawnictwo IFiS PAN , Warszawa, 2005.

Godność i śmierć w umieraniu

Bomber Kamil[1], Komarnicka-Jędrzejewska Olga[2]

1. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, Fundacja „By dalej iść”
2. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej we Wrocławiu, Fundacja „By dalej iść”

Wprowadzenie

Cierpienie, chociaż tak trudne i bolesne, jest przecież rzeczą bardzo ludzką, a uczestniczenie w cudzym cierpieniu może być dla nas wielką nauką. Człowiek umierający może nauczyć nas przede wszystkim tego, jak żyć. Zgodnie z artykułem 19. ustęp 1. punkt 5. ustawy o zakładach opieki zdrowotnej „*pacjent ma prawo do: umierania w spokoju i godności*”. W tym przypadku słowo „godność” jest używane w sensie człowieczeństwa i odnosi się do odpowiedniego traktowania chorego umierającego przez personel medyczny. Chodzi o to, by ostatnim chwilom umierającego nie towarzyszyły obojętność i opuszczenie ze strony najbliższych a towarzyszyć z bezinteresownym uczuciem. Każdy człowiek chciałby umierać z godnością. Chcąc traktować osobę ciężko chorą z szacunkiem i godnością, zapoznajmy się z dziesięcioma prawami człowieka umierającego.

Australijski etyk Peter Singer [1] dokonuje rozróżnienia między człowiekiem a osobą. Osoba według niego to żywa istota, która ma następujące 4 cechy:

- jest istotą świadomą i autonomiczną
- ma wolę trwania i cieszy się pewnymi przeżyciami
- posiada zdolność nawiązywania kontaktów fizycznych, społecznych i intelektualnych z innymi istotami
- ma krewnych, którzy będą ją opłakiwać po śmierci.

Powszechnym doświadczeniem jest trudna sytuacja umierającego, który w ostatnich chwilach swego życia doświadcza smutku, poczucia winy, niepokoju, strachu, depresji, a temu wszystkiemu towarzyszy jeszcze najczęściej ból fizyczny [2]. Świadomość nieuchronności śmierci stała się permanentnym problemem ludzkiego życia. Jak wiadomo widmo nieuchronnej śmierci wystawia na próbę jego wewnętrzną siłę i odporność. Porażając swoją grozą i nieodwracalnością natury słabe, krzewić może strach, obawę, udrękę i niepokój.

Wysiłki przezwyciężenia przez człowieka nieuchronności śmierci są równie stare, jak i różnorodne. Odnajdujemy je w mitach, magii, wierzeniach, religiach, filozofii i nauce. Naturalny bieg życia: narodziny i śmierć są trwałymi wątkami rozważań o naturze ludzkiej i rządzących nią prawach natury. W celu przyjęcia z godnością własnej śmierci ludzie zwyczajowo rozmyślają o niej. Rozmyślanie o niej jest jakby przekraczaniem granic swego istnienia. Tylko egzystencja daje szansę snucia wyobrażeń o nie egzystencji. Nie może wszak realnie myśleć byt nieistniejący. Rozumowanie na takiej zasadzie czyni z faktu śmierci coś nierealnego. Śmierć staje się tutaj czymś niedostępnym temu co istnieje [3].

Na potrzebę osobowego i indywidualnego spotkania z osobami przeżywającymi wielorakie kryzysy zwracał uwagę zarówno Paweł VI w adhortacji Evangelii nuntiandi, przywołując rozmowy prowadzone przez Chrystusa z Nikodemem, Zacheuszem jak i Samarytanką (EN 46), jak też Franciszek w Evangelii gaudium, umiejscawiając tego typu działanie w kontekście działalności ewangelizacyjnej Kościoła związanej z przekazywaniem Ewangelii konkretnym ludziom, w formie od osoby do osoby. Franciszek pisze, że w tym przepowiadaniu *„(...) pierwszym krokiem jest dialog osobisty, w którym druga osoba wypowiada się i dzieli (....) sprawami leżącymi jej na sercu. Dopiero po takiej rozmowie możliwe jest przedstawienie Słowa, w formie lektury jakiegoś fragmentu Pisma Świętego lub opowiadaniem, ale zawsze przypominając fundamentalne przesłanie o Miłosic Boga”*. Papież dalej podkreśla, że*: „jeżeli wydaje się to roztropne i jeśli sprzyjają temu warunki, byłoby dobrze, aby to spotkanie (...) zakończyć krótką modlitwą, nawiązując do trosk, jakie owa osoba wyraziła (EG 128). „Istota ludzka nigdy nie traci swej godności”* – podkreślają naukowcy Papieskiej Akademii «Pro Vita» –*„ bez względu na stan fizyczny i psychiczny, w jakim może się znaleźć, ani na zdolność nawiązywania relacji z innymi. Dlatego każdy człowiek umierający zasługuje stanowczo na bezwarunkowy szacunek należny każdej osobie*” [4].

Warto przytoczyć „Dziesięć praw człowieka umierającego”. Prawa te dotyczące wyjątkowego momentu ludzkiego życia, powstały w 2008 roku, na potrzeby akcji „umierać po ludzku” wraz z komentarzami ks. prof. Wojciecha Bołoza z Centrum Ekologii człowieka i Bioetyki UKSW [5].

I. Prawo do godnej, czyli naturalnej i świadomej śmierci

Umieranie jest ostatnim, ale integralnym etapem ludzkiego życia [5]. Postrzeganie śmierci jako fragmentu życia sprawia, że śmiercią człowieka rządzą te same zasady, co jego życiem (…). Pojęcie „godnej śmierci” jest uszczegółowieniem pojęcia „godnego życia”. Na

straży godności życia i śmierci człowieka stoją jego prawa. Tylko śmierć naturalna, będącą następstwem nieuleczalnej choroby lub brakiem biologicznych możliwości organizmu do kontynuowania życia z powodu starzenia się, bez sztucznego jej przyśpieszania lub przedłużania, nie narusza podstawowego prawa człowieka do życia [5]. Godne umieranie oznacza także zachowanie w miarę możliwości integralności osobowej, a więc podstawowych cech przysługujących człowiekowi: świadomości i podmiotowości, które w tej fazie życia człowieka mogą się ujawnić przez uczestnictwo chorego w procesie terapeutycznym. Ważnym elementem godnego umierania jest zachowanie podstawowych ról i relacji społecznych chorego, a więc kontaktu z bliskimi (rodziną i znajomymi), co umożliwia przebywanie oczekującego na śmierć w domu rodzinnym, zamiast w hospicjum lub w szpitalu. Wreszcie godne umieranie zapewnia brak bólu i innych negatywnych objawów, które niepokoją i dekoncentrują umierającego i utrudniają mu relacje z otoczeniem [5].

II. Prawo do umierania we własnym domu, a jeśli to możliwe, to nigdy w izolacji i osamotnieniu

Istnieją trzy główne sposoby opieki nad osobami starszymi i umierającymi [5]. Coraz częstszą formą przeżywania starości i umierania jest pozostawianie człowieka w warunkach dotychczasowego życia, w jego domu, w otoczeniu własnej rodziny, zapewniając mu równocześnie opiekę medyczną i pielęgnacyjną. Model ten jest najbardziej korzystny, ponieważ zapewnia człowiekowi, dożywającemu swoich dni w znanym środowisku i otoczeniu, poczucie bezpieczeństwa, członkom rodziny zaś uświadamia więzi łączące ich z przeszłością. Realizację prawa do umierania we własnym domu utrudnia brak rozbudowanych struktur społeczno-medycznych, gwarantujących wystarczającą opiekę nad takimi chorymi [5]. Sytuacji tej przeciwdziała tworzenie sieci pielęgniarek środowiskowych i hospicjów domowych, które zapewniają opiekę medyczną i pielęgnacyjną bez konieczności hospitalizowania umierających w odległych od rodziny szpitalnych oddziałach opieki paliatywnej. Zdarza się jednak, że chory terminalnie w ogóle nie posiada bliskiej rodziny albo nie ma ona możliwości lub woli zajmowania się swoim umierającym krewnym [5]. Wtedy opiekę nad taką osobą powinno zapewnić społeczeństwo, szczególnie wyspecjalizowana służba zdrowia. Zazwyczaj człowiek terminalnie chory był przez wiele lat płatnikiem podatków i składek ubezpieczeniowych. Jego wkład finansowy wypracowany w czasie aktywnego życia powinien dostarczyć środków, aby mógł on godnie umrzeć. Obowiązek solidarności z umierającym obejmuje rodzinę, służbę medyczną, wspólnotę świecką i religijną [5].

III. Prawo do rzetelnej informacji o stanie zdrowia i udziału w podejmowaniu decyzji

Współczesna etyka lekarska i prawodawstwo medyczne podkreślają prawo pacjenta do informacji o stanie jego zdrowia [5]. Prawo to posiada także pacjent w terminalnej fazie choroby. Zbliżająca się śmierć jest bowiem zbyt ważnym wydarzeniem, aby zatajać przed chorym jej nadejście. Umierający powinien mieć możliwość uporządkowania swoich spraw rodzinnych, prawno-finansowych i religijnych. Zatajanie prawdy przed chorym obniża autorytet lekarza i zaufanie do niego i jego współpracowników [5]. Perspektywa zbliżającej się śmierci utrudnia przekazywanie wiadomości, ale nie zwalnia od prawdomówności. Pełna informacja o stanie zdrowia potrzebna jest nieuleczalnie choremu również po to, aby mógł on brać udział w podejmowaniu decyzji dotyczących stosowanych terapii. Umierający, podobnie jak każdy inny pacjent, powinien przed dokonaniem interwencji medycznej otrzymać odpowiednie informacje o jej celu i naturze, jak również o jej konsekwencjach i ryzyku. Może on również w każdej chwili swobodnie wycofać wyrażoną wcześniej zgodę [5].

IV. Prawo do zwalczania fizycznego bólu i innych dolegliwości

Częstym i dominującym doświadczeniem umierającego jest ból, który jest nieodłącznym elementem choroby [5]. Sposób odczuwania bólu jest subiektywną cechą człowieka. Ból somatyczny prowadzi do niepokoju, drażliwości i reakcji depresyjnych, co z kolei wyzwala w otoczeniu niechęć i w konsekwencji sprawia, że chory bywa pozostawiony sam sobie i czuje się samotny. Interakcja pomiędzy bólem somatycznym a czynnikami psychicznymi i społecznymi sprawia, że posiada on depersonalizujący charakter. Ból ogranicza zdolność sprawowania kontroli nad swoim życiem i kształtowania relacji z innymi. Dlatego lekarz opiekujący się chorym powinien ograniczać jego ból, aby ułatwić mu panowanie nad sobą i polepszyć relacje z otoczeniem [5]. Działanie przeciwbólowe (analgezja) może wywoływać różne skutki uboczne (nudności, zaparcia lub wymioty), które wymagają odpowiedniego postępowania. W bardzo wyjątkowych przypadkach bólów opornych na leczenie, łagodzenie ich odbywa się za cenę ograniczenia świadomości. Nie można wtedy zupełnie wykluczyć możliwości przyspieszenia śmierci chorego. Zawsze jednak należy pamiętać o tym, aby bez poważnej przyczyny nie pozbawiać umierającego świadomości. Np. nie wolno stosować opioidów w celu ograniczenia kontaktu z uciążliwym umierającym w czasie poprzedzającym jego śmierć. Szczególna sytuacja zachodzi wtedy, gdy terminalnie chory nie uregulował swoich spraw zawodowych i rodzinnych [5]. W takiej sytuacji można odłożyć stosowanie analgezji prowadzącej do ograniczenia świadomości chorego, aby dać mu potrzebny czas do wypełnienia tych obowiązków. Jeżeli jednak chory

odmawia ich podjęcia i obstaje przy prośbie o środki przeciwbólowe, lekarz powinien ją spełnić. Postępowanie takie jest uzasadnione, ponieważ wypełnienie tych obowiązków przez chorego zależy wyłącznie od jego woli. Pacjent w pełni świadomy może również odmówić wypełnienia ciążących na nim obowiązków [5].

V. Prawo do troski i pielęgnacji z poszanowaniem ludzkiej godności

W czasach relatywizmu narasta tendencja, aby godność i prawo do życia przyznać tylko tym osobom, które cieszą się wystarczająco wysoką jakością życia i funkcjonują na odpowiednim poziomie indywidualnym i społecznym [5]. W odniesieniu do praw człowieka, przede wszystkim zaś prawa do życia, obowiązują dwie podstawowe zasady: po pierwsze – nikt nie może arbitralnie przyznawać lub odmawiać praw człowieka jakiejkolwiek istocie ludzkiej; po drugie: - nie wolno odmawiać jej tych praw ze względu na posiadanie lub brak określonych cech [5]. Nikt zatem nie ma prawa określać jakości życia chorych terminalnie i kwalifikować jako tych, którzy jeszcze posiadają lub już utracili prawo do życia? Śmierć jest ostatnim życiowym zadaniem człowieka i z tego zadania nikt nie może go zwolnić. Można jednak, a nawet trzeba, pomóc człowiekowi w jego wypełnieniu, aby zadanie to zostało wykonane w sposób ludzki, a nie poprzez ucieczkę w formie wspomaganego samobójstwa lub eutanazji. Pomoc ta może przyjmować różne formy. Najważniejszą z nich jest właściwa opieka. Trzeba podkreślić, że obok specjalistycznej opieki medycznej i pielęgnacyjnej wielkie znaczenie ma szacunek dla chorego i postawa życzliwości wobec niego [5].

VI. Prawo do otwartego wyrażania swoich uczuć, zwłaszcza na temat cierpienia i śmierci

Choroba terminalna kładzie kres wszystkim planom i wyborom człowieka. Perspektywa śmierci kwestionuje wszystko, kim człowiek był i co posiadał [6]. Według Z. Freuda „*nikt nie wierzy we własną śmierć*”, a nasza nieświadomość „zachowuje się tak, jakby była nieśmiertelna”. Dlatego też rozwijamy strategię zaprzeczające śmierci (społeczna pamięć, historia, konstruowanie narodowej nieśmiertelności). Fenomen ten dobitnie ujawnia się w chorobie nieuleczalnej, a zaprzeczenie jest jednym z głównych mechanizmów obronnych. Może pojawiać się ono jako: zaprzeczenie diagnozy, zaprzeczenie stopnia zaawansowania i groźby choroby; zaprzeczenie możliwości śmierci. Narastająca choroba coraz bardziej utrudnia człowiekowi stanowienie o sobie, rozrywa ludzkie relacje, oddala od bliskich osób, co powoduje sprzeciw o różnym nasileniu: od niezgody aż do buntu [6]. Smutek kończącej się miłości i obawa o los najbliższych jest ważną formą bólu duchowego.

Medycyna nie jest w stanie zapobiec umieraniu, może jednak zmniejszyć cierpienie fizyczne i duchowe umierającego, a czyni to często za pomocą środków znieczulających. Postępowanie takie jest łatwo dostępne i daje personelowi medycznemu poczucie świadczenia chorym skutecznej pomocy. Ograniczanie świadomości chorego może być jednak motywowane pragnieniem, aby oszczędzić otoczeniu trudnego i męczącego kontaktu z człowiekiem umierającym [6]. W ten sposób chroniąc siebie, pozbawia się chorego możliwości świadomego przeżywania własnej śmierci, akceptacji własnego losu i pokoju. Istniejąca wciąż w służbie zdrowia tendencja do oddzielania umierającego od społeczeństwa, następnie od rodziny, a w końcu także od innych pacjentów, pozbawia go wszelkiej możliwości komunikowania się i pozostawia go samotnym w udręce. Tymczasem zwykła obecność drugiej osoby i gotowość do wysłuchania jest często wszystkim, o co prosi umierający. Umieranie jest bowiem takim wydarzeniem, któremu człowiek nie może sprostać w pojedynkę [6]. Śmierć przerasta człowieka, wskazuje, że jest podporządkowany większej sile od siebie, której nie potrafi się przeciwstawić. W obliczu tego wydarzenia zarówno umierający, jak i osoby towarzyszące potrzebują międzyludzkiej solidarności, aby nie utracić poczucia własnej godności i sensu swojej egzystencji. Obcowanie z umierającymi sprawia, że nawet osoby dojrzałe i przygotowane mogą ulec wypaleniu. Dlatego cały zespół hospicyjny powinien wzmacniać tę osobę, która w konkretnym przypadku szczególnie dużo uwagi i sił poświęca umierającemu [6].

VII. Prawo do swobodnego kontaktu z rodziną i bliskimi

Istotnym warunkiem godnej śmierci człowieka są istniejące do końca jego życia relacje rodzinne, środowiskowe i religijne [6]. Umożliwiają one bowiem kontynuację jego podstawowych funkcji osobowych i społecznych. Ciesząc się kontaktem z bliskimi i dostępem do praktyk religijnych, chory terminalnie ma poczucie ciągłości życia, a w konsekwencji także poczucie większego bezpieczeństwa [6]. Przedłużone do śmierci związki międzyludzkie chronią umierającego przede wszystkim przed poczuciem osamotnienia w godzinach poprzedzających śmierć. Kontakt umierającego z rodziną jest ogromnie ważny nawet w tych społeczeństwach, w których opieka medyczna jest dobrze zorganizowana. Obecność krewnych, ich gesty życzliwości i miłości umacniają chorego; trudno przecenić ich pozytywny wpływ. Pomoc rodziny w pokonywaniu choroby jest konieczna szczególnie wtedy, gdy leczenie jest związane z dużym wysiłkiem organizacyjnym i finansowym [6].

VIII. Prawo do pomocy psychologicznej i wsparcia duchowego zgodnego z przekonaniami

Nie jest łatwo pogodzić się człowiekowi z nieuleczalną chorobą i śmiercią [6]. Chory doświadcza wtedy smutku, niepokoju, strachu, depresji, poczucia winy, czemu często towarzyszy jeszcze narastający ból fizyczny. Dlatego celem opieki paliatywnej jest łagodzenie cierpienia i zapewnienie pacjentowi potrzebnego mu ludzkiego wsparcia psychologicznego i duchowego. Jest to model opieki paliatywnej uwzględniający integralną wizję człowieka i holistycznie traktujący jego potrzeby duchowe. Istotnym elementem tego wsparcia jest solidarność z chorym i pomoc w odnajdywaniu sensu w chorobie i umieraniu. Człowiek najczęściej traci poczucie sensu wtedy, gdy nie rozumie otaczającej go rzeczywistości, gdy ulega rozpadowi ład organizujący jego życie, a to jest właśnie sytuacja choroby terminalnej [6]. Wtedy pojawia się często lęk egzystencjalny skłaniający chorego do poszukiwań metafizycznych, do pytania o istnienie Boga. Akcentując potrzebę wsparcia psychologiczno-duchowego człowieka w chorobie terminalnej i odnajdywania sensu tej sytuacji, warto dodać, że nie należy stosować natrętnej dydaktyki i przymusowego nawracania. Osoba towarzysząca umierającemu powinna uszanować jego światopogląd i odwołując się do niego, pomóc mu pogodzić się ze zbliżającą się śmiercią i uzyskać pokój [6]. Nawet najlepsza opieka paliatywna nie uwolni człowieka całkowicie od lęku przed śmiercią i nieznaną przyszłością. I tu przychodzi z pomocą głęboko zakorzenione w kulturze europejskiej przekonanie o złożoności człowieka z ciała i duszy, duchowego, nieśmiertelnego elementu pochodzącego od Boga. Obecność w człowieku tego pierwiastka zapowiada kontynuację istnienia człowieka po śmierci. Wiara w życie pozagrobowe pozwala umierającemu znaleźć odpowiedź na pytania dotyczące przyszłości i zaspokoić ludzkie pragnienie nieśmiertelności [6].

IX. Prawo do rezygnacji z uporczywej terapii przedłużającej umieranie

Medycyna dysponuje dziś wieloma możliwościami leczenia i przedłużania ludzkiego życia [6]. Terapie te pochłaniają ogromne środki finansowe, często też są związane z uciążliwymi zabiegami, które i tak nie przynoszą pacjentowi spodziewanej poprawy zdrowia. Pojawia się zatem problem, jak długo chory, jego rodzina i społeczeństwo mają obowiązek podejmowania takich terapii. Aby Ustalić, do czego zobowiązany jest chory, lekarz lub krewni i ułatwić podejmowanie decyzji, wypracowano pojęcie medycznych środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych, które powinny być zastosowane celem przywrócenia zdrowia i ratowania życia. Kryteria ich stosowania mają charakter obiektywny i subiektywny.

Do kryteriów obiektywnych należy zaliczyć: naturę środków, ich koszty oraz konsekwencje wynikające z zasady sprawiedliwości [6]. Kryteria subiektywne to: konieczność unikania niepokoju i trwogi, przykrości i niewygody oraz szoku psychologicznego związanego ze stosowaniem tych środków. Kryterium podstawowym tego rozróżnienia jest proporcja pomiędzy środkami i celem, który za ich pomocą chce się osiągnąć. Zaprzestanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa tzw. uporczywej terapii, która polega na stosowaniu nadzwyczajnych procedur medycznych w celu sztucznego podtrzymywania funkcji życiowych chorego dotkniętego nieuleczalną chorobą i opóźnienia jego śmierci [6]. Uporczywa terapia jest nieskuteczna leczniczo, przedłuża umieranie oraz pociąga za sobą nieproporcjonalnie duże koszty osobowe (cierpienie i ograniczone funkcjonowanie). Uporczywa terapia nie obejmuje podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych, takich jak: karmienie i nawadnianie, łagodzenie bólu i innych objawów. Decyzję o rezygnacji z uporczywej terapii podejmuje w sposób wolny i dobrze poinformowany sam chory po wysłuchaniu uzasadnionej medycznie opinii kompetentnego lekarza, zgodnie z jego wiedzą i sumieniem. Pojęcie uporczywej terapii i możliwość odstąpienia od niej akceptował Jan Paweł II, który w Encyklice Evangelium Vitae (nr 65) napisał: *„W sytuacji, gdy śmierć jest bliska i nieuchronna, można w zgodzie z sumieniem zrezygnować z zabiegów, które spowodowałyby jedynie nietrwałe i bolesne przedłużenie życia, nie należy jednak przerywać normalnych terapii, jakich wymaga chory w takich przypadkach. Rezygnacja ze środków nadzwyczajnych i przesadnych nie jest równoznaczna z samobójstwem lub eutanazją; wyraża raczej akceptację ludzkiej kondycji w obliczu śmierci"* [6].

X. Prawo do należnego szacunku dla swojego ciała po śmierci

Ciało jest nieodłącznym elementem człowieka, bierze udział w jego podmiotowości i godności, dlatego jego integralność traktowana jest jako nienaruszalna i chroniona moralnie i prawnie [6]. Dzięki naszemu ciału kontaktujemy się z otaczającym światem, wyrażamy swoje myśli i uczucia, realizujemy twórcze plany i kształtujemy więzi z bliskimi. Dlatego też nasze ciało zasługuje na szacunek nie tylko wtedy, gdy jest sprawne i młode, ale także wtedy, gdy się starzeje i odmawia posłuszeństwa. Po śmierci ciało przestaje być doskonałym instrumentem twórczego ducha. Pozbawione ożywiającej zasady szybko ulega zniszczeniu. Ze względu jednak na udział w historii naszego życia zasługuje na szacunek, co wyraża się w godnym złożeniu go do ziemi lub kremacji [6]. Warto pamiętać o jeszcze jednej perspektywie. Współczesna medycyna umożliwia niektórym przedłużanie poza śmierć ich

powołania do miłości, co dokonuje się przez ofiarowanie za życia części własnego ciała innym za pomocą transplantacji. Jest to akt ewangelicznej miłości, która „daje życie za innych" [6].

Poszanowanie życia – ten fundament człowieczego etosu – obowiązuje od początku do końca. Jednak nieodłączną częścią każdego życia jest umieranie. Ważne, aby oprócz ciała również pamiętać o duchu. I tak, jak człowiek ma prawo do godnego życia, tak również ma prawo do godnej śmierci. Jak zatem zapewnić mu godne umieranie? Ta kwestia ma wiele aspektów. Dziś jednak nieuchronnie ogniskuje się w problemie pomocy w umieraniu. Pomocą mogą być grupy pomocowe, np. grupy wsparcia prowadzone przez Fundację „By dalej iść".

Każdy człowiek ma prawo do ludzkiej, czyli naturalnej i godnej śmierci. Można nawet zaryzykować twierdzenie, że zmuszanie umierającego do uporczywej terapii narusza jego prawa. Można jednak, a nawet trzeba, pomóc człowiekowi w jego wypełnieniu, aby zadanie to zostało wykonane w sposób ludzki i godny, a nie poprzez ucieczkę w formie wspomaganego samobójstwa lub eutanazji. Trzeba jednak zauważyć, że obok specjalistycznej opieki medycznej i pielęgnacyjnej wielkie znaczenie ma szacunek dla chorego i postawa życzliwości wobec niego. Nie należy odzierać człowieka ciężko chorego i umierającego z podmiotowości, z jego człowieczeństwa. Pacjent jest zawsze człowiekiem. Podmiotowość człowieka chorego i umierającego jest podmiotem aż do swej naturalnej śmierci. Przy końcu swego życia, jako szczególnie podatny na zranienie, tym bardziej potrzebuje podmiotowego traktowania go przez wspólnotę ludzką, której należy się godność i szacunek.

Piśmiennictwo

1. Singer P.: O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej, PIW, Warszawa, 1997.
2. Papieska Rada Cor Unum: Niektóre kwestie etyczne odnoszące się do ciężko chorych i umierających [w:] W trosce o życie: wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej. Tarnów, 1998, 446.
3. Tokarczyk R.: O życiu i śmierci: upadek etyki tradycyjnej, PIW, Warszawa, 1997.
4. Deklaracja końcowa V Zgromadzenia Ogólnego Papieskiej Akademii „Pro Vita" 24–27 II 1999, poświęcona godności człowieka umierającego. L'Osservatore Romano, wyd. pol., 1999; 4: pkt 1; http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W WR/inne/pro_vita_27021999.htm, data pobrania 10.10.2016 r.
5. Dziesięć praw człowieka umierającego, z komentarzami do każdego z praw człowieka umierającego, opracowanymi przez ks. Prof. Wojciecha Bołoza z Centrum Ekologii

człowieka i Bioetyki UKSW, cz. I, http://ztobamilzej.blogspot.com/2012/10/dziesiec-praw-czowieka-umierajacego-cz1.html

6. Dziesięć praw człowieka umierającego, z komentarzami do każdego z praw człowieka umierającego, opracowanymi przez ks. Prof. Wojciecha Bołoza z Centrum Ekologii człowieka i Bioetyki UKSW, cz. II, http://ztobamilzej.blogspot.com/2012/10/dziesiec-praw-czowieka-umieajacego-cz2. html, data pobrania 10.10.2016 r.

Przekazywanie niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie

Stelcer Bogusław[1,2]

1. Zakład Dietetyki, Uniwersytet Przyrodniczy im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu
2. Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

O konieczności komunikacji w kontekście medycznym

Świat subiektywnych przeżyć chorych i sposobu radzenia sobie z kryzysem choroby nigdy nie jest dostatecznie zbadany i zgłębiony. Wśród chorych na oddziałach szpitalnych sporo jest nieuśmierzonych cierpień somatycznych, psychicznych i duchowych. Cierpienie nie jest oczywistym i naturalnym skutkiem choroby lecz może w większym stopniu wynika z nieustannego braku należytego zrozumienia dla specyficznych potrzeb poważnie chorujących pacjentów [1]. Skutkiem braku zrozumienia potrzeb jest takie budowanie relacji terapeutycznej, w której występuje unikanie trudnych rozmów i wiele błędów w codziennym komunikowaniu się z chorym. Tymczasem efektywny kontakt pomiędzy lekarzem a pacjentem jest tak samo ważny dla leczenia depresji, lęku i innych problemów emocjonalnych, co dla zmagania się z bólem i objawami somatycznymi.

Komunikowanie się jest jedną z najbardziej podstawowych potrzeb człowieka. Bez komunikacji, bez istnienia w relacji do osób znaczących, niemożliwe jest życie w ogóle [2]. Komunikowanie w węższym sensie jest niezbędnym elementem każdego leczenia. Tam, gdzie porozumiewanie się jest skomplikowane lub zakłócone, oczekiwać należy wielu nieporozumień i napięć. W życiu codziennym, proces komunikowania się wypełnia niemal cały czas aktywności ludzkiej. Deprywacja kontaktu uniemożliwia prawidłowe funkcjonowanie społeczne jak i utrzymanie stabilnej tożsamości i właściwe wywiązywanie się z ról społecznych [3].

W kontekście leczenia szpitalnego zasadne jest twierdzenie że źródłem większego stresu jest dla chorego niemożność przedyskutowania swej diagnozy, niż rozmowa na jej temat, nawet gdyby treść rozmowy dotyczyła spraw najbardziej bolesnych. Podjęte jeszcze w latach osiemdziesiątych badania wskazały, że większym źródłem cierpień dla chorych

terminalnie jest ubogie komunikowanie spraw związanych z chorobą, niż inne problemy z niej wynikające. Jedynym wyjątkiem był trudny do opanowania ból [4,5]. Taki stan rzeczy nie wynika zazwyczaj z braku czasu na rozmowy, czy nadmiaru obowiązków, te owszem mają swoje znaczenie, nie są jednak decydujące. Rozpatrując rzecz w kategoriach postaw i psychologii, problemem jest ignorancja i niedocenienie czynnika psychicznego w przebiegu choroby, jako elementu składającego się na ogólny obraz cierpienia. Poświęcając wiele uwagi leczeniu i zmaganiu się z dokuczliwymi objawami, trudno zaakceptować fakt, że jedno z największych źródeł dyskomfortu pozostaje niedostrzeżone. Najczęstszą przyczyną utrudnień w kontakcie są niskie w tym względzie umiejętności osób leczących.

Tymczasem holistyczna opieka wymaga uwzględnienia czynników somatycznych, psychologicznych, społecznych i duchowości chorego w procesie terapeutycznym. Uwzględnienie tych ostatnich wymaga rozwinięcia umiejętności komunikowania się, bez których nie byłoby możliwe zapewnienie nawet tak prostego faktu jak zapewnienie komfortu pacjentowi. Dla efektywnego leczenia ważne jest, by była możność zakomunikowania objawu lekarzowi. Cierpienie chorego może być uśmierzane jeżeli źródła problemów emocjonalnych i duchowych są właściwie rozpoznane i usuwane [6]. Działania farmakologiczne nie w pełni są efektywne, gdy istota dolegliwości odczuwanych przez chorego nie jest wyrażona w czytelny sposób. W tym kontekście nawet tak oczywisty fakt jakim jest leczenie bólu nie jest skuteczne, jeżeli jego istnienie nie zostanie zakomunikowane w zrozumiały dla lekarza sposób.

Efektywne leczenie objawów nie byłoby możliwe bez równie efektywnej komunikacji pomiędzy chorym i lekarzem. Nawet najbardziej zaawansowane środki przeciwbólowe, jakże ważne w opiece nad cierpiącym chorym, są nieprzydatne jeżeli lekarz nie rozumie bólu pacjenta. Ból jak i inne dokuczliwości mogą być poznane przez lekarza tylko wtedy, gdy zostaną właściwie zakomunikowane i odczytane przez lekarza. Powyższy przykład stanowiący codzienność członków zespołów opieki paliatywnej/hospicyjnej ilustruje jak ogromne znaczenie dla terapii objawów ma właściwa komunikacja pomiędzy pacjentem a lekarzem prowadzącym. W onkologii klinicznej jest rzeczą niezwykle trudną przekazać choremu lub jego rodzinie niepomyślną informację o diagnozie, braku oczekiwanej poprawy, progresji choroby, czy konieczności wszczęcia leczenia paliatywnego. W każdych okolicznościach stanowi to ogromne wyzwanie dla personelu medycznego, stanowiąc źródło ogromnego stresu. Robert Buckman wskazuje następujące aspekty komunikacji pomiędzy lekarzem a chorym, które wymagają wyjaśnienia [3]:

1. Podstawowe kompetencje komunikowania;
2. Specyficzne zagadnienia komunikacji w kontekście opieki paliatywnej:
   - przekazywanie niepomyślnych informacji
   - dialog terapeutyczny
3. Komunikacja z rodziną i innymi profesjonalistami.

Niepomyślna informacja (*bad news*) to taka, która nieodwracalnie i drastycznie odmienia choremu wizje jego przyszłości. Przekazanie jej jest trudne dla lekarza i chorego. Wiąże się z napięciem stresowym dla obu stron dialogu. Lekarz dzielący się niepomyślną informacją powinien być przygotowany na silną reakcję emocjonalną ze strony chorego, którego wyobrażenie dotyczące przyszłości zostaje nieodwracalnie zniszczone.

Przekazywanie prawdy choremu nieustannie wywołuje dyskusje w środowisku medycznym [3,7]. Postawa nieinformowania chorego wyrosła z przekonania o szkodliwych skutkach dzielenia się prawdą o diagnozie z chorym. Reguła nieinformowania wynika z przekonania o szkodliwych skutkach udzielenia choremu pełnej prawdy o jego sytuacji zdrowotnej. Zasada powstrzymywania się od wyczerpującego informowania chorego i dziś stanowi powszechną praktykę postępowania na wielu oddziałach szpitalnych. Charakterystyczna jest tutaj rozbieżność postaw. Lekarze sądzą, iż tylko w wyjątkowych sytuacjach należy informować chorego umierającego o poważnych prognozach tymczasem chory nie dopytuje lekarza o ocenę swego stanu zakładając, że nie uzyska wyczerpującej odpowiedzi [8,9]. Personel medyczny stosuje powszechne strategie obronne polegające na unikaniu sytuacji trudnych emocjonalnie i obciążających psychicznie. Do takich należą ekspozycje na gwałtowne reakcje emocjonalne pacjenta i jego rodziny, trudne pytania z ich strony, czy sytuacje rodzące konflikt. Chory po usłyszeniu bolesnej prawdy o stanie zdrowia może bowiem zareagować w sposób nieprzewidywalny.

Traktowanie spraw cierpienia, umierania i śmierci jako społecznego tabu powoduje nasilenie i bez tej przyczyny silnego lęku przed śmiercią [3,10]. Przemilczanie problemu nie jest tożsame z jego rozwiązaniem. Prawda ta jest niestety nazbyt często zapominana. Tymczasem patrząc na opisywane zjawisko z perspektywy pacjenta, najczęściej rzecz wygląda tak, że chce poznać fakty których się domyśla. Spostrzeżenia swe opiera na ocenie swego samopoczucia, postępującego nasilenia objawów, osłabienia, bólu i innych. Dostrzega też wzrastające napięcie wśród osób go otaczających. Chorzy często informują, że rozmowy istotne dla oceny ich sytuacji przebiegały poza nimi, skarżą się, że rozmawiano z ich rodzinami unikając bezpośredniego kontaktu z nimi. Patrząc z perspektywy psychologicznej

o sprawach najistotniejszych dla chorego, wszakże to o najistotniejszych dla jego życia rzecz cała się toczy, dowiadują się osoby trzecie. W ten sposób zostaje pominięte prawo pacjenta decydowania o tym, kto ma prawo wiedzieć o stanie jego zdrowia, a kto ma tego prawa być pozbawionym. Zakreślone tutaj sprzeczności wskazują, że konieczne jest dążenie do lepszego zrozumienia potrzeb i trosk towarzyszącym zmaganiu się z choroba zagrażającą życiu. Sprawą o doniosłym znaczeniu, także w sensie psychoanalitycznym, jest to, by chory nie był traktowany przez pryzmat ograniczeń mentalnych i emocjonalnych lekarza prowadzącego. W kontakcie terapeutycznym istotną rolę odgrywa subtelna dynamika przeniesień po stronie pacjenta i w odpowiedzi przeciwprzeniesień ze strony lekarza [11,12].

Kiedy w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku Hermann Feifel podejmował pionierski trud rozmów z chorymi umierającymi w szpitalach ameryki, jego pomysł określano jako sadystyczny i traumatyzujący chorych [13].

Szczęśliwie lata edukacji przyniosły zwrot w podejściu do opieki paliatywnej/hospicyjnej. Przede wszystkim hospicja i oddziały opieki paliatywnej stanowią dziś znaczący element krajobrazu wśród jednostek opieki medycznej prezentujące inne podejście do problemu komunikowania się z chorym i rodziną. Są wyrazem protestu przeciwko pozostawieniu bez opieki nieuleczalnie chorych, ale też wysiłkiem na rzecz stworzenia chorym warunków dla godnego umierania [14].

Medycyna paliatywna jest elementem humanizującym atmosferę opieki w szpitalach, jest bez wątpienia formą emanacji *ars moriendi* we współczesnej formie.

Trudności towarzyszące przekazywaniu niepomyślnych informacji

Komunikowanie się w relacji medycznej jest jedną z zasadniczych umiejętności psychologicznych jaką może i powinien nabyć lekarz. Komunikowanie z chorym w szpitalu odbywa się w szczególnym kontekście, jest ograniczane przez wątpliwości co do autentycznych oczekiwań pacjenta i tego, czego naprawdę pragnie się dowiedzieć. Dodatkowym czynnikiem utrudniającym są niepokoje tych, którzy informują chorego bądź jego bliskich. Nie sposób, by zła wiadomość została przyjęta bez stresu i smutku. Można jedynie starać się złagodzić jej negatywny wpływ na chorego. Ponieważ jest to tak bardzo trudne, najczęstszym zachowaniem lekarzy jest unikanie konfrontacji ze skrajnie intensywnymi reakcjami ze strony pacjenta i jego najbliższych [10,15].

Diagnoza poważnej choroby w sposób nieunikniony wywołuje stan przykrych emocji, lęk i niepokój chorego jak i jego rodziny. W przypadku choroby nowotworowej jest to spowodowane nieodłączną niepewnością co do przyszłych zdarzeń, oczekiwań oraz tego, co wobec zastanej sytuacji można zrobić. Jest to często szok dla chorego wywołujący kryzys psychologiczny zmuszający do stosowania różnych form obrony psychologicznej. U podłoża mechanizmów obronnych leży silny lęk. Zaprzeczanie prawdzie jest jedną z często stosowanych form obrony psychologicznej. Zaprzeczanie to silny mechanizm obronny, którego istnienie dowodzi wyczerpania innych mechanizmów zaradczych. Trwanie przy zaprzeczaniu uniemożliwia otwartą rozmowę lekarza z pacjentem, skutkując tym, że ważne treści nie zostają wypowiedziane, usłyszane jak też przywołane do procesu leczenia [16]. Dialog w procesie leczenia jest czynnikiem ów proces wspierającym. Jest ponadto elementem umniejszającym napięcie chorego, niźli podnoszącym poziom odczuwanego stresu.

Innym źródłem trudności dzielenia się informacją o chorobie jest odmienne słownictwo lekarza i chorego, które może stanowić o potencjalnych trudnościach wzajemnego zrozumienia się 17,18].

Liczba pojęć którymi posługuje się lekarz zdecydowanie przerasta swym zakresem zasób i charakter potocznego języka mówionego jakim posługuje się przeciętny pacjent. Słownictwo medyczne nie wpisuje się w zakres schematów poznawczych chorego i rodziny, co może przyczyniać się do trudności zrozumienia chorych 17,18]. Podstawowym przekazem, który powinien być zawarty w każdej rozmowie i jej znaczeniem emocjonalnym dla chorego jest, że pozostaje otoczony przez zespół terapeutyczny, który służyć będzie pomocą. Tym, co umniejsza niepokoje chorego jest przeświadczenie, że leczenie będzie kontynuowane z należytą troską a starania całego zespołu przyniosą pożądany skutek. Czasem sposób prowadzenia pacjenta znaczy więcej niż wypowiedziane słowa. Chorzy i rodziny pamiętają jej klimat, postawę leczącego i to jak została poprowadzona [17,18].

Postęp technologiczny medycyny i silne naciski na oszczędności finansowe towarzyszące leczeniu nie pociągają za sobą takiego samego rozwoju kompetencji psychologicznych.

Ekonomia wkracza z coraz większą brutalnością w podległą *Asklepiosowi* sferę relacji łączących wspierającego i wspomaganego. Często ważniejsza od troski o chorego jest kwestia jego ubezpieczenia i prawa do świadczeń.

Etyka i filozofia opieki jako dyscypliny kompletnie nie przekładające się na język ekonomii zostają spychane na margines. W języku świadczeń medycznych brakuje miejsca

dla dobra pacjenta z jednej strony i komfort lekarza z drugiej nie istnieją w języku „świadczeń” medycznych, gdzie samo postawienie celu w kategoriach relacji pomagania postrzegane jest jako staroświecki ekscentryzm.

Dbałość o jakość relacji pomagania ma najistotniejsze znaczenie dla humanizowania medycyny.

Problem przekazywania niepomyślnej informacji

Zagadnienie dzielenia się informacją o poważnej diagnozie leży w centrum szerokiego problemu jakim jest kontakt w relacji terapeutycznej. Przekazywanie niepomyślnych informacji jest ważne z kilku powodów. Jednym z nich zdolność utrzymania relacji z chorym opartych na wzajemnym zaufaniu i szczerości. Umiejętne dzielenie się trudną dla pacjenta prawdą zmniejsza poziom niepewności chorego jak też przeciwdziała powstawaniu nierealnej nadziei przez niego. Właściwie przekazana prawda pozwala na prawidłową i konstruktywną adaptację do choroby. Przekazanie niepomyślnych informacji nie jest łatwe z wielu powodów. Zasadniczą jej trudnością jest brak wystarczającego poczucia kompetencji, obawa przed byciem obwinianym przez rodziny, czy samego chorego za jego „załamanie się” po rozmowie, za pozbawienie go nadziei, wywołanie poczucia bezradności i wielu innych mniej czy bardziej rzeczywistych powodów.

Lekarz przekazujący złą wiadomość to znaczy taką która znacząco odmieni subiektywną rzeczywistość pacjenta musi rozważyć też fakt zmierzenia się ze skrajnymi emocjami pacjenta w reakcji na usłyszane fakty. Szczególnie silnych reakcji doświadczają chorujący na choroby zagrażające życiu jak też, niosące za sobą nieodwracalnie negatywne konsekwencje. Tymczasem traktowanie śmiertelnej choroby i cierpienia jako tematu *tabu* nie będącego przedmiotem dyskusji potęguje tylko nagromadzony wokół tego problemu lęk. Nieumiejętność przedyskutowania bolesnych faktów stanowi sedno zmowy milczenia [5,10]. Patrząc z perspektywy psychologicznej, przemilczanie faktów nie jest tożsame z rozwiązaniem problemów przez nie stwarzanych. Zjawisko „zmowy milczenia” które jest jednym z najbardziej znaczących zaburzeń procesu komunikowania powstaje właśnie w taki sposób. U źródeł nieprzekazywania trudnych do przyjęcia informacji najczęściej leży przekonanie o tym, że narażają one chorego na silny i niepotrzebny stres. Jest w tym zjawisku chęć ochraniania bliskiego przed niepotrzebnymi napięciami emocjonalnymi [3].

Z perspektywy pacjenta prawda o chorobie nabiera odmiennego znaczenia. Chory

usiłuje nadać znaczenie wszystkiemu temu, co odczuwa. Dostrzega nasilanie się objawów, wzrastające osłabienie, zmieniające się zachowania członków rodziny i usiłuje wytłumaczyć znaczenie wszystkich tych niepokojących sygnałów. Chorzy często nieśmiało dają sygnały personelowi medycznemu o swej gotowości porozmawiania o swym stanie, jednak najczęściej spotykają się w wymijającymi odpowiedziami lub całkowitym brakiem reakcji. Personel, jeśli podejmuje rozmowy, to często z członkami rodziny chorego nie z nim którego przecież najbardziej ten problem dotyczy. W ten sposób o sprawie bardzo ważnej w życiu chorego jaką jest diagnoza i jej konsekwencje dowiadują się najpierw (czasem tylko one) osoby trzecie. Jeśli rozmowy o diagnozie i prognozie odbywają się z rodziną nie z samym chorym to pominięte zostaje jego prawo do decydowania o tym, komu prawda o chorobie może być powierzona. Poważna diagnoza, a taką jest rozpoznanie choroby nowotworowej jest znaczącym wydarzeniem w życiu chorego, punktem zwrotnym w jego biografii i od jego decyzji zależy komu jeszcze powinna zostać powierzona [19,20]. Ważne jest więc kierowanie się otwartością i nastawieniem na zrozumienie potrzeb i oczekiwań drugiej strony, przede wszystkim dobrem chorego. W tym celu niezwykłej wagi nabiera wyjście poza egocentryczną perspektywę poznawczą, to znaczy zrozumienie, że subiektywne widzenie i definiowanie dobra chorego niekoniecznie musi być tożsame z identycznym widzeniem spraw przez drugą stronę. Na tym właśnie zasadza się szkodliwy mechanizm projekcji, krótko mówiąc polegający na postrzeganiu innych przez pryzmat własnych ograniczeń myślowych. Problem umierania w szpitalu objęty był tabu, zgodnie bowiem z panującą onegdaj optyką w szpitalach leczono chorych, śmierć była błędem medycznym. Obecnie nie ma wątpliwości wobec zasadności istnienia tej gałęzi medycyny jaką jest opieka paliatywna/hospicyjna, która pojawiła się w proteście wobec pozostawienia bez korzystnego w skutkach dla chorych leczenia tych, którzy umierają. Rozwijająca się dynamicznie w ostatnich latach medycyna paliatywna/hospicyjna jest próbą zapewnienia chorym umierającym i ich rodzinom możliwie jak największego komfortu życia w ostatniej jego fazie. Celem jest dążenie do zapewnienia godnego umierania w znośnych warunkach i otoczeniu z osobami znaczącymi. W naukowej terminologii jest to dążenie do zapewnienia jak najwyżej jakości życia chorym umierającym i ich rodzinom.

Problem komunikowania się z chorym terminalnie i dzieleniem się z nim informacją o diagnozie stawiany jest w świetle, że problemu nie należy definiować w kategoriach *czy informować o diagnozie i prognozach?* ale *jak informować?* Bolesnych skutków prawdy nie da się uniknąć, można natomiast zmniejszyć siłę jej wpływu na chorego. Celem personelu

medycznego jest chronienie przed traumatyzującym wpływem choroby [10]. Prawda o chorobie może ową traumę potęgować gdy zostanie źle przekazana, może też wpłynąć korzystnie na dobrostan psychiczny chorego jeśli wzmacnia więź między lekarzem a pacjentem. Czasem wskazane jest by się powstrzymać przed natarczywym forsowaniem informacji o diagnozie choremu, u którego natężenie lęków jest tak duże, że nie podołałby ciężarowi informacji którym musiałby stawić czoła. Gdy chory nie jest gotowy rozmawiać albo daje wyraźne sygnały, że nie chce tego, nie należy forsować bolesnych informacji. Raz jeszcze powiedzmy, Rolą lekarza nie jest dodawanie choremu kolejnego cierpienia i traumy lecz chronić przed nimi. Trudna decyzja o tym, czy powiedzieć czy też nie, zależy od każdorazowej oceny lekarza co do możliwości sprostania trudnej prawdzie i okolicznościom stwarzanym przez informacje. Lekarz w każdym indywidualnym przypadku sam musi zdecydować o tym czy i ile informacji udzielić pacjentowi? Rzecz nie jest jednoznaczna ponieważ w tym samym momencie czasu chory może doświadczać ambiwalentnych odczuć. Z jednej strony może odczuwać niepewność powodującą poszukiwanie dalszych informacji, by z drugiej strony zmagać się ze strachem przed bolesną prawdą leżącą u podłoża tendencji do zaprzeczania faktom [3,14]. Warto pamiętać o tym, że niepewność zmaga zapotrzebowanie na informację. Strach i lęk natomiast implikują potrzebę zaprzeczania faktom i rzeczywistości.

Nie ma jednej prostej reguły tłumaczącej który chory jest w stanie sprostać prawdzie, z więc komu osoba lecząca może ją ujawnić? Przekazanie bolesnej prawdy, nawet jeśli powodowane pozytywnymi intencjami, choremu, który nie jest gotowy na jej przyjęcie, jest w istocie rzeczy narażaniem chorego na kolejny uraz i cierpienie. Informowanie chorego z pominięciem reguł sztuki lekarskiej, pozbawione refleksji o możliwościach podołania ciężarowi prawdy przez chorego jest jatrogennym błędem. Rola lekarza polega na łagodzeniu cierpień, nie zaś na ich dokładaniu.

Przekazywanie prawdy wiąże się z zagadnieniem godności. Uszanowanie podmiotowej roli i godności chorego wymaga by uznać fakt jego poważnej choroby i umierania za zjawisko o pierwszorzędnym znaczeniu, dotyczącym chorego w kontekście jego wydarzeń biograficznych. Powyższe przesłanki powinny stanowić dla lekarza wystarczający powód ażeby nie manipulować informacją dotyczącą zjawiska, które jest wydarzeniem o pierwszorzędnym znaczeniu dla chorego. Jest często punktem zwrotnym w biografii pacjenta. Pozbawiając szans poznania prawdy o stanie swego zdrowia, leczący blokują możliwości przepracowania żalu po stracie [15,17]. W efekcie chory nie mając szans na przejście przez

cały proces dostosowania się psychicznego do choroby i przepracowania wszystkich strat jakie ona niesie oscyluje pomiędzy nadziejami na wyleczenie a zwątpieniem w jego skuteczność. Świadoma konfrontacja z położeniem życiowym i zmierzenie się z twardymi faktami są warunkiem aktywnego zmagania się z trudną sytuacją i wysiłkiem by ją poprawić i uczynić bardziej akceptowalną. Dużej kompetencji społecznej wymaga ażeby dojrzeć w wyniszczonym procesem chorobowym pacjencie kogoś o bogatym świecie wewnętrznym i niebanalnej osobowości, zmagającego się z fundamentalnymi pytaniami egzystencjalnymi.

Prawda o chorobie jest problemem tylko wtedy gdy pacjent nie ma rzeczywistej możliwości przedyskutowania jej. Warunkiem koniecznym dla opanowania lęku jest stworzenie choremu możliwości rzetelnego przedyskutowania problemów i wątpliwości. Jest to kwestią właściwie pojętej rozmowy terapeutycznej z chorym. Jak wynika z licznych publikacji, chorzy mają świadomość powagi sytuacji, wielu słusznie podejrzewa, że to już stan terminalny. Wielu zarazem oczekuje od lekarzy nie tyle słów pocieszenia lecz empatycznego zrozumienia dla skumulowanych strat z którymi muszą się zmagać [11,15]. Pacjent wie, kiedy komunikacja z leczącym jest szczera i uczciwa, kiedy natomiast ma miejsce manipulujące „miłosierne oszustwo". Osoba pozbawiona szansy przedyskutowania swej sytuacji będzie nieustannie oscylowała pomiędzy lękiem a nadziejami poruszając się w przestrzeni przypuszczeń często niewiele mającej wspólnego z faktami. Wobec niemożności podjęcia rozmowy pogłębia się poczucie izolacji i osamotnienia które paradoksalnie może być potęgowane przez fakt nieudolnego pocieszania ze strony otoczenia. Gdy zamiast szczerego dialogu pojawiają się słowa że „wszystko będzie dobrze" etc., słowa nieprzekonujące nikogo chory traci nadzieję na kontakt i zrozumienie. Ivan Lichter celnie zauważył, że chory oczekuje od osób go otaczających przede wszystkim słów zrozumienia swej sytuacji, wsparcia w trudnych chwilach oraz współpracy w czasie leczenia [15].

Umiejętność dzielenia się z pacjentem trudną prognozą jest jedną z zasadniczych kompetencji psychologicznych, którą lekarz może wnieść do swej praktyki. Jest to umiejętność szczególnie ważna z tego względu że pozostaje ważnym czynnikiem podnoszącym jakość leczenia i poziom zadowolenia z otrzymywanej opieki medycznej.

W klasycznej już publikacji „How to Break Bad News" dr Robert Buckman wszechstronnie analizuje najbardziej znaczące elementy procesu komunikacji w kontekście leczenia ciężko chorych. Zgodnie z poglądem zawartym w jego opracowaniu, umiejętność dzielenia się z chorym ważnymi dla niego informacjami jest ważną umiejętnością, dlatego należy podejść do niej w sposób przemyślany. Buckman proponuje lekarzowi zacząć od

dokonania prawidłowej oceny tego, czy istnieją właściwe warunki do rozmowy [3]. Czyli rozważenie w jakich warunkach rozmowa będzie poprowadzona. Warunki są spełnione jeżeli lekarz ma uzasadnione przekonanie o tym, że to on będzie w stanie sprawować kontrolę nad sytuacją której istotnym elementem będą intensywne emocje chorego. W dalszej kolejności ważna jest ocena ewentualnej obecności osób bliskich i rodziny chorego. Ważne jest też przygotowanie własnej strategii jej poprowadzenia. Rzeczą daleką od profesjonalizmu jest zaczynanie rozmowy mimo braku czasu na konieczne wyjaśnienia, gdy te będą konieczne, jak też dzielenie się diagnozą w obecności osób nieodpowiednich. W skrócie, Buckman [3] sugeruje ażeby zacząć od znalezienia odpowiedzi na trzy pytania:

- gdzie powinna się odbyć rozmowa?
- kto powinien być obecny podczas rozmowy?
- czy posiadam przygotowaną strategię jej poprowadzenia?.

Umiejętna odpowiedź na powyższe pytania, świadczy jak najlepiej o profesjonalizmie lekarza. Właściwie prowadzone rozmowy z chorym powodują iż ten czuje że leczący jest zainteresowany stanem jego zdrowia, że potrafi zatroszczyć się. Zacisze gabinetu i minimum czasu, jaki można przeznaczyć choremu zapewnia maksimum komfortu w stresującej sytuacji. Zapraszając do gabinetu pacjenta, lekarz sygnalizuje zarazem swój szacunek o gotowość do traktowania go w sposób partnerski. Jest rzeczą oczywistą że nieprofesjonalne jest prowadzenie ważnych rozmów na korytarzu, czy w otoczeniu nie zapewniającym minimum prywatności. Często większe napięcie dla chorego wywołuje niemożność szczerego przedyskutowania swej diagnozy i jej konsekwencji niż rozmowa o rzeczach trudnych. Ma to związek z radzeniem sobie ze stresem. Czynnikiem o działaniu terapeutycznym jest dążenie do zachowania kontroli nad biegiem zdarzeń [12].

Powyższe rozważania prowadzą do wniosku, że strategia rzetelnego dialogu z chorym ma swe głębokie uzasadnienie. Każdą niemal prawdę można przyjąć gdy jest przekazywana w sposób pełen zaufania i szacunku dla partnera. Jeżeli chory zachęca i daje sygnały gotowości do rozmowy właściwym postępowaniem jest podjęcie tego zaproszenia. Rzeczą o niezwykle doniosłym znaczeniu jest, by lekarz posiadał kilka elementarnych strategii postępowania kiedy zmaga się z określoną diagnozą, leczeniem, prognozami dla pacjenta i koniecznością dalszego wparcia chorego. Ujawnienie diagnozy to zaledwie początek długiego procesu, ujawnienie planów dalszego leczenia i prognoz dla pacjenta przekonują chorego, że prowadzący go lekarz ma plan działania. To wtórnie niesie informację o tym, że opieka będzie kontynuowana. Dialog terapeutyczny jest procesem zaczynającym się od przekazania

prawdy. Dalszymi jego etapami powinno być rozproszenie wątpliwości chorego, wyciszenie emocji i nakreślenie perspektyw dotyczących dalszego leczenia.

Inną ważną kwestię stanowi słuchanie pacjenta. Słowa którymi chory określa swój stan ilustrują jakie znaczenie nadaje swemu położeniu. Znaczenie posiadają słowa których używa jak i te których unika. Wszystkie one są źródłem informacji o stosunku chorego do swej sytuacji. To o czym nie chce rozmawiać zazwyczaj stanowi źródło szczególnie nieprzyjemnych emocji i jest obszarem problemowym. Ogromne znaczenie mają komunikaty niewerbalne, które bardziej adekwatnie odzwierciedlają prawdziwe emocje niż treści wypowiadane słowami. Mowa ciała trudniej podlega świadomej kontroli stąd też dostrzeżenie niezgodności pomiędzy komunikatami werbalnymi a niewerbalnymi może okazać się pomocne w rozpoznaniu obszarów problemowych.

Zakończenie

Oczekiwania wobec lekarza skupiają się wokół tego, by potrafił zbudować atmosferę współpracy i zaufania, umożliwiającej choremu współuczestniczenie w podejmowaniu decyzji związanych z rozwiązywaniem problemów wynikających z choroby. Satysfakcja pacjenta i rodziny w dużym stopniu zależy od czynników psychologicznych. Dialog terapeutyczny łączy w sobie efektywne leczenie choroby, akceptację podmiotowej roli pacjenta, podejmowanie zgłaszanych problemów z należytą uwagą, okazywanie troski przez lekarza, który gotów jest poświęcić swój czas. Zadowolenie pacjenta zwiększa się wraz z otwartością i kompetencjami społecznymi lekarza okazującego ciepłe emocje i empatyczne zrozumienie dla problemów przeżywanych przez chorego. Pacjent zadowolony, skłonny będzie postrzegać lekarza jako źródło wsparcia zdolne ukoić dokuczliwe objawy i lęki. Dzięki temu wzrastają motywacja do radzenia sobie zdolny jest do większego wysiłku i wytrwałości na drodze emocjonalnego zmagania się problemami towarzyszącymi chorobie. Zadowolony pacjent z większą łatwością będzie się stosował do zaleceń, będzie chętnie współpracował. Powszechną przyczyną niezadowolenia jest niedostateczna komunikacja i brak wyczerpujących informacji na temat stanu zdrowia i planowanego leczenia. Powodem szczególnie silnego niezadowolenia jest brak precyzyjnych informacji o diagnozie.

Wzorce komunikowania się z osobami chorymi zdecydowanie odbiegają od tych, które są właściwe osobom zdrowym. Komunikacji z chorym często towarzyszą silne emocje, które zniekształcają procesy myślenia o niej i jej postrzegania. Niezwykle istotne z terapeutycznego punktu widzenia jest zrozumienie faktu, że ludzie będąc w stresie potrzebują

jasnych i precyzyjnych informacji, które mogą pełnić rolę wyznaczników. Największe znaczenie mają jasno sformułowane informacje, mówiące o tym, kto, gdzie i kiedy podejmie się dalszego leczenia? Lęk towarzyszący chorobie blokuje możliwość efektywnej komunikacji. Spokój lekarza i konsekwencja stanowią ważny walor kontaktu terapeutycznego. Informować chorego można wówczas, gdy znane są niepodważalne fakty. Znajomość i pewność co do diagnozy ułatwiają stabilne i pełne konsekwencji zachowanie. Gdy lekarz stanie się wyrazicielem opinii zespołu, pacjent bardziej rozumie co jest mu przekazywane i łatwiej przychodzi mu zapanować nad swym lękiem. Łagodna, acz pewna postawa, wywiera silny uspokajający wpływ na pacjenta. Postrzegana wiarygodność jest wypadkową zgodności przekazu werbalnego z językiem ciała oraz tego, jak zaprezentowane zostaną kompetencje zawodowe.

Wspólnym problemem wszystkich uczestniczących w procesie leczenia jest niedostatek czasu, który utrudnia komunikowanie najważniejszych spraw. Odpowiednia ilość czasu jest niezbędna aby uzyskać od pacjenta rzetelny obraz choroby. Proces wzajemnego poznawania się trwa w czasie. Dopiero gdy chory poczuje się bezpiecznie wobec lekarza, zdobędzie się na większe otwarcie. Nie obce są też poglądy, iż by nawiązać dobry kontakt z chorym i właściwą współpracę z nim, nie koniecznie trzeba licznych i długich rozmów. Jak zauważyła Cicely Saunders, wielka animatorka ruchu hospicyjnego, „*czas nie jest kwestią długości lecz głębokości*".

Piśmiennictwo

1. De Walden-Gałuszko K.: Psychoonkologia, Polskie Tow. Psychiatryczne, Kraków, 2000.
2. Bowlby J.: Przywiązanie, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
3. Buckman R.: How to Break Bad News: a guide for Health Care Proffesionals Pan Books, London, 1994.
4. Stedeford A.M.: Facing Death. Heineman, London,1984.
5. Faulkner A., Argent J., O'Keeffe C.: Improving the skills of doctor in giving distressing information, Med. Educ., 1995, 29, 303-307
6. Yonke A., Schneider J., Examining Relationship Between Physicians and Their Patients: A Psychoanalitic Model, Journal of applied Psychoanalitic Studies, 2000, 2, 4, 347-364.

7. Copp G., Field D.: Communication and awareness about dying in the 1999s, Palliat. Med., 1999, 13, 459-468.
8. Butow P.H., Dunn S.M., Tattersall M.: 1995) Communication With Cancer Patients: Does It Matter? J. Palliat. Care, 1995, 11, 4, 34-38.
9. Franks A.: Breaking Bad news and the challenge of Communications, EJPC, 1992, 42, 61-65.
10. Faulkner A.: Communication with Patients, Familie and Rother Professional, BMJ, 1998, 316, 130-132
11. Stelcer B.: Przekazywanie niepomyślnych informacji - prawo pacjenta do prawdy. [w:] Postępy psychoterapii. T. 3. Koncepcje i badania. Gapik L. (red.)., PW Interfund , Poznań, 2000, 142-149
12. Stelcer B.: Humanistyczny wymiar relacji lekarz-pacjent [w:] Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej. Wawrzyniak J. (red.), Poznań, Wyd. Nauk. UAM, 2009, 35-47.
13. Feifel H.: Psychologia i smierć, Now. Psychol., 1990, 5-6, 3-16.
14. Faulkner A.: Effective Interacion with Patients, Churchill Livingstone, 1998.
15. Lichter I.: Communication in Cancer Care, Churcill Livingstone, 1987.
16. Gilliand B. E., ames R. K., Crisis intervention strategies, Late of University of Memphis, 1993.
17. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Media Rodzina, Poznań, 1998.
18. Stelcer B., Głowacka A., Łuczak J.: Potrzeby kształcenia personelu pielęgniarskiego w zakresie opieki paliatywnej.- Ann. Univ. Med. Lodz., 2003, 44, 2, 119-122.
19. Krakowiak P.: Zdążyć z prawdą o sztuce komunikacji w hospicjum, fundacja Hospicyjna, Gdańsk, 2009.
20. Kromolicka B.: Wolontariat w obszarze humanistycznych wyzwań opiekuńczych, Wyd. Eduk. Akapit, Toruń, 2008.

Komunikowanie się z chorym umierającym i jego rodziną

Bogusław Stelcer[1,2]

1. Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
2. Zakład Dietetyki, Uniwersytet Przyrodniczy im. Augusta Cieszkowskiego w Poznaniu

Wstęp

Opieka paliatywna stawia w centrum chorego umierającego i otaczającą go rodzinę. Jej celem jest podniesienie jakości życia choremu i rodzinie traktowanym jako jednostka opieki. W obliczu strat rodziny doświadczają kryzysów i żałoby, które negatywnie działają na ich harmonię i kondycję psychiczną. Jej wsparcie w czasie opieki pozwala lepiej zmagać się z chorobą swego bliskiego. Występuje też zależność pomiędzy nasileniem objawów a reakcjami członków rodziny. Szereg doniesień wskazuje silne oddziaływanie czynników psychospołecznych w szerokiej gamie chorób. Potwierdzono licznymi przykładami wpływ relacji i sposobu komunikowania się w rodzinie na przebieg schorzeń chronicznych. W niniejszym tekście podjęto analizy na temat sposobu w jaki ciężka i nieodwracalna choroba oddziałuje na rodzinę oraz w jaki sposób zmierza ona do przywrócenia równowagi i utrzymania więzi z chorym .

Jak funkcjonuje system rodzinny?

Ciężka choroba swym obciążającym wpływem rozlewa się nie tylko na sferę somatyczną i psychikę pacjenta, obejmuje cały system rodzinny. Prawidłowa komunikacja pomiędzy chorym a opiekującymi się nim bliskimi (autentyczność wyrażania emocji) umożliwia pogłębianie i właściwe przeżycie etapu żalu po stracie, tak choremu jak i jego rodzinie. Opieka rodziny nad umierającym stwarza możliwość dojrzalszego ujmowania świata, w którym jest miejsce na obecność śmierci. Codzienna opieka destabilizuje harmonię życia rodzinnego wprowadzając nieuniknione zmiany rytmu. Nieoczywista przyszłość

powoduje wzrost niepokoju i lęku, będących odtąd częścią życia rodziny weryfikując solidarność, jakość relacji, gotowość niesienia wsparcia wśród jej członków [1]. Te złożone reakcje są konsekwencją dynamiki i specyfiki całego systemu rodzinnego stojącego przed koniecznością poszukiwania nowej formy harmonii w obliczu wyzwań stawianych przez konieczność opiekowania się chorym. Sztywność i przywiązanie do dotychczasowej formy wypełniania swych ról i niezdolność dokonania pozytywnej adaptacji do nowych okoliczności prowadzą nieuchronnie do konfliktu. Rodziny zazwyczaj szukają najlepszego ich zdaniem rozwiązania dla każdego [2]. W obliczu przewlekłej choroby wymagającej długotrwałej opieki odzwierciedla się dynamika rodziny w sensie jej spójności, elastyczności, komunikowania się jej członków i ogólnie biorąc umiejętności zaradczych. Przy braku współpracy konflikty ulegają nasileniu i odwrotnie, umiejętność bycia razem jest najważniejszym zasobem rodziny [3].

W opisie systemu rodzinnego wskazuje się, że jest ona systemem samoregulującym się, posiada swą strukturę, tworzy też podsystemy rodzinne. Każda posiada jednak własne cechy i niepowtarzalną strukturę. Tym, czym różnią się poszczególne rodziny, to podsystemy które powstają w jej obrębie, miejsce w cyklu rozwojowym, wspólna przeszłość oraz wspólne oczekiwania względem przyszłości. O strukturze decydują reguły rządzące sposobem komunikowania się pomiędzy członkami rodziny. Dla systemu rodzinnego istotne znaczenie posiada hierarchia, role, czy rozkład autorytetu. W systemie rodzinnym funkcjonującym prawidłowo obecne są następujące prawidłowości które są prawami każdej osoby [4]. Tak więc członek danej rodziny ma [4]:

1. Wolność do postrzegania i słyszenia (prawo do samodzielnej percepcji i nadawania znaczenia) tego co jest obecne w chwili obecnej, a nie tego co było, będzie czy powinno być.
2. Wolność do myślenia tego co się myśli, a nie tego co powinno się myśleć (prawo do swej autonomicznej opinii).
3. Wolność do czucia tego co się czuje, a nie tego co się powinno czuć (niezależność emocjonalna).
4. Wolność do pragnienia i wybierania tego czego się chce, a nie tego czego powinno chcieć (samodzielność, samosterowność, wewnątrzsterowność, autonomia).
5. Wolność do wyobrażania sobie swojej własnej samorealizacji (posiadanie celu życiowego, będącego wynikiem autonomicznych wyborów).

W systemowym rozumieniu rodziny, choroba somatyczna jednego z jej członków obejmuje swym zasięgiem wszystkich, którzy są związani z chorym. Choroba w modelu biopsychospołecznym stanowi konstelację czynników somatycznych, psychicznych, społecznych i duchowych [1,5]. Pozostając przy rozważaniach o relacjach społecznych i sposobu wywiązywania się z ról, oczywistym jest prawo rodziny do tego aby opiekować się swym krewnym. Prawo do opieki oznacza także dostęp do otrzymywania profesjonalnej opieki ze strony personelu medycznego. Stąd obecność pracowników socjalnych, wolontariuszy, psychologów i kapłanów, w wielodyscyplinarnych zespołach opieki paliatywnej. Jeśli członkowie rodziny chcą opiekować się swym bliskim, nikt nie ma prawa powstrzymywać ich od realizacji tej decyzji. Rodzina ma prawo do opieki zwłaszcza wtedy gdy brak jej przygotowania co do sposobu postępowania, gotowości sprostania trudom fizycznym opieki, czy gotowości psychicznej. Personel, wspierając i edukując rodzinę, wykorzystując jej zaangażowanie, poprzez nią może znacznie lepiej troszczyć się o chorego. Zjawisko o którym tutaj mowa ma znaczenie zwłaszcza w ramach tzw. opieki domowej. Rodziny różnią się umiejętnościami sprawowania opieki, które są pochodną wielu czynników takich jak spójność, elastyczność, otwartość, umiejętność korzystania z zasobów zewnętrznych [6].

Dlaczego komunikacja jest konieczna?

Właściwe porozumiewanie się personelu medycznego z chorym i jego rodziną jest istotą opieki medycznej bez względu na dyscyplinę medyczną. Relacja lekarz-pacjent zawsze bowiem jest relacją pomagania polegającą na porozumiewaniu się pomagającego i wspomaganego chorego. W pracy z chorym umierającym, w opiece paliatywnej/hospicyjnej członkom zespołów opieki paliatywnej w sposób szczególny potrzebne są umiejętności komunikowania się [7]. W opiece nad chorym umierającym zbiegają się pytania o charakterze egzystencjalnym i wiele fundamentalnych kwestii zostaje poruszonych przez chorych umierających i ich rodziny. Pojawia się wiele pytań i oczekiwanie na uzyskanie na nie szczerych odpowiedzi. Chorzy i ich bliscy oczekują dobrej komunikacji z personelem i możliwości wyjaśnienia pojawiających się pytań i wątpliwości [8]. Źródłem stresu i napięć jest niemożność uzyskania zadowalających odpowiedzi na trudne pytania i wątpliwości. Komunikowanie się w kontekście opieki nad umierającym pacjentem jest trudne również

i z powodów społecznych i kulturowych. Kultura masowa kreuje jednostki narcystyczne, nastawione konsumpcyjnie do życia. Emocje żalu po stracie ukochanej osoby, przeżywane cierpienie i ból niechętnie są podejmowane nawet przez studentów kierunków medycznych. Śmierć traktowana jest jako temat tabu, a problem jakości umierania, jakości ostatnich dni życia ciężko chorych niechętnie są podejmowane w dyskursie publicznym. Jednym ze źródeł trudności pozostawania w dialogu terapeutycznym jest to, że chorzy mogą odczuwać, że ich życie gaśnie za wcześnie, nie dokończywszy wszystkich ważnych spraw życiowych [8]. Niepoddające się kontroli dokuczliwe objawy czynią w subiektywnej ocenie umieranie i śmierć pozbawiającymi poczucia godności. Dla personelu tymczasem, trudności w opanowaniu symptomów przyczyniają się do poczucia porażki. Głównym źródłem trudności w komunikacji między chorym a personelem są reakcje emocjonalne chorego.

Przebieg choroby od diagnozy, tok leczenia, wznowę, po stan terminalny toczy się pod znakiem silnych napięć i trudności psychologicznych, które nie zawsze zostają należycie rozpoznane. Problemy psychologiczne trudno jest dyskutować tam, gdzie brak poczucia bezpieczeństwa emocjonalnego. Dlatego częste są zmowy milczenia, których celem jest ochrona pacjenta przed dodatkowym stresem [9].

Pacjent doświadcza wielu form stresu związanego silnie z procesami chorobowymi zaburzającymi jego elementarne poczucie bezpieczeństwa. Choroba zagraża lub niszczy całkowicie obraz ciała, poczucie tożsamości roli mężczyzny, czy kobiety. Nowotwór może oznaczać też stygmatyzację. Często choroba stanowi obciążenie finansowe które prowadzi do obniżenia standardu życia. Wiele trudności z którymi zmagają się rodziny obok specyfiki objawów jest skutkiem cech osobowości jej członków rodzących konflikt w kontaktach [10]. Źródłem napięć po stronie pacjenta mogą być takie czynniki jak: potrzeba zachowania kontroli, niepewne perspektywy wobec przyszłości, strach przed zbliżającą się śmiercią i wynikające stąd trudności radzenia sobie z napięciem stresowym. Do tego dochodzą dotychczasowe straty i reakcja żałoby. Nie bez znaczenia są stosowane przez chorego zaprzeczanie i inne mechanizmy obronne [11]. Źródłom tych trudności towarzyszą podobne problemy rodziny, która staje wobec sytuacji rozchwiania dotychczasowej homeostazy rodzinnej. Lichter wskazuje po stronie rodziny takie zjawiska jak: nierozwiązane problemy osobowościowe członków rodziny oraz konflikty istniejące w rodzinie jeszcze w czasie sprzed choroby, komunikowanie i problemy radzenia sobie w obrębie rodziny. W tabeli 1 umieszczono przykładowe zestawienie powodów potwierdzających zasadność dążenia do

zachowania prawidłowej komunikacji z chorym i jego rodziną.

Tabela 1. Dlaczego konieczna jest prawidłowa komunikacja z chorym

Zapewnia choremu dostęp do wiedzy o specyfice choroby, metodach jej leczenia, decyzji lekarskich i ich uzasadnienia, pozwala spojrzeć w przyszłość i tworzyć realistyczne plany w oparciu o fakty
Pacjent ma świadomość i dostępnych formach pomocy medycznej
Umożliwia uporządkowanie najważniejszych priorytetów chorego
Umożliwia budowanie opartych na zaufaniu relacji pomiędzy chorym, rodziną i personelem medycznym
Zmniejsza poziom niepewności, chroni chorego przed nierealistycznymi oczekiwaniami wobec personelu jak też przed nierealistyczną nadzieją
Pozwala choremu rzeczywiście uczestniczyć w procesie decyzyjnym
Pozwala wspólnie rozwiązywać dylematy etyczne
Korzystnie wpływa na pracę i efektywność całego zespołu terapeutycznego

Dlaczego komunikowanie się z chorym i rodziną jest trudne?

Trudności w nawiązywaniu kontaktu i dialogu mają szereg powodów . Jednym z nich jest niedostateczna ilość czasu jaką dysponuje lekarz. Niestety ów „brak czasu" często jest wymówką dla wielu lekarzy uzasadniających dlaczego nie rozmawiają z chorymi i rodzinami. W tym przypadku jest to wyrazem zachowań obronnych, polegających na dystansowaniu się od sytuacji trudnych. Tymczasem dla chorych cenne są chwile im poświęcane, czują się wówczas osobami dowartościowanymi. Warto wszakże pamiętać, że w zabieganej rzeczywistości szpitalnej czy hospicyjnej, czas poświęcony choremu jest kwestią nie długości lecz głębokości kontaktu. Ta zaś jest wypadkową kompetencji społecznych [11,12].

Inną trudnością jest brak prywatności. W praktyce prywatny, osobisty charakter kontaktu jest trudny do osiągnięcia a przekraczanie granic intymności psychicznej i fizycznej są częste na oddziałach szpitalnych. Zachowanie relacji opartej na zaufaniu jest najlepszym sposobem poszanowania autonomii chorego i budowania relacji szczerości. Rodziny chorych i ich relacje z pacjentem stanowią dodatkową zmienną w tej układance. Członek zespołu

terapeutycznego powinien z ostrożnością zajmować swe stanowisko pamiętając o tym, że nie jest on członkiem systemu rodzinnego i nie uczestniczył w cyklu życia rodziny [13].

Źródłem trudności jest też zakłopotanie pojawiające się w kontakcie z chorym. Wobec powszechnej niechęci podejmowania wątków cierpienia i śmierci w społeczeństwie pojawia się postawa by nie stresować chorego dodatkowymi obciążającymi informacjami. Często zapomina się, że ważną umiejętnością społeczną jest nie tylko zdolność przemawiania a raczej aktywnego słuchania. W tym wypadku chorego, oczekującego od swego lekarza zrozumienia, empatii i gotowości odpowiedzi na fundamentalne pytania [11,14].

Komunikacja odbywa się w sytuacji niepewności. Chory pragnie odzyskać poczucie kontroli nad biegiem zdarzeń. Jest to ważną strategią pozwalającą zachować szczątkowe i kruche poczucie bezpieczeństwa. Lekarz ma za zadanie zrozumieć źródła niepewności pacjenta i być gotowym na rozmowę o śmierci i umieraniu w bliskiej perspektywie czasowej [15].

Pragnienie nie pozbawiania chorego i rodziny nadziei stanowi jedną zasadniczych trudności w kontakcie z chorym i rodziną. Postępująca choroba, choroba terminalna zmusza do przedefiniowania celów osiągalnych przez chorego. Konieczna jest zamiana nadziei z tej związanej z wyleczeniem na rzecz zapewnienia komfortu i akceptowalnej jakości życia [16].

Jeszcze inne trudności sprawiają silne i niepochamowane emocje, szczególnie złość. Właściwym podejściem personelu i bardziej terapeutycznym jest gdy personel traktuje złość jako element strategii zaradczych. W tym kontekście wskazane jest pozwolić na wyrażenie złości, nie obwiniając pacjenta z powodu jej pojawienia się. Dużą trudność sprawiać mogą niewygodne pytania. Tutaj też wskazana jest umiejętność radzenia sobie z nimi. Jedną z strategii pomocnych personelowi jest umiejętność kreślenia przed chorym akceptowalnego obrazu leczenia i osiąganych celów [11, 17].

Czym jest zmowa milczenia i jakie są jej konsekwencje?

Zmowa milczenia stanowi jedną z bardziej znaczących barier w kontakcie z chorym i rodzinami. Często u jej źródeł leży przekonanie, że chory nie poradzi sobie z ciężarem złych informacji. Znana w opiece paliatywnej „zmowa milczenia" służy ochronie chorego i bliskich przed konsekwencjami niepożądanych informacji. Jej negatywnym skutkiem jest tworzenie muru pomiędzy chorym i rodziną, gdzie obie strony wiedzą jaka jest prawda w obliczu której nie mogą być razem i każda ze stron przeżywa ją skrycie w swym wnętrzu, w samotności.

Choroba zaburza harmonię rodzinną i jest źródłem jej kryzysu i często szokiem dla jej członków. Od momentu postawienia diagnozy o poważnej chorobie jej codzienność rozgrywa się wokół osi stabilność vs. brak równowagi. Każdy z członków rodziny płaci za utrzymanie homeostazy i stabilności ponosząc koszty pełnienia określonej roli. Równowaga i stabilność są ważne dla rodziny. Wpływ diagnozy na bliskich jest ogromny. Pojawia się naturalna potrzeba ochrony bliskiego przed cierpieniem i chorobą. Negatywną stroną tego zjawiska jest protekcjonizm. Zjawisko „zmowy milczenia", zwanego czasem „konspiracyjnym milczeniem" wynika z chęci ochraniania bliskiej osoby i jest w tym sensie czymś doniosłym, jednak cena jaką przychodzi za nią zapłacić jest samotność i niemożność podzielenia się z najbliższymi swymi troskami i wspólnego ich przeżywania [12]. Stąd wynika głębokie znaczenie szczerej i otwartej komunikacji. Te pary, które potrafią rozmawiać o chorobie, skutkach, trudnościach z nią związanych lepiej się przystosowują do choroby. Dakof and Liddle [13], wykazali ciekawą prawidłowość, że również te pary, które nie chciały wnikliwie dyskutować problemy choroby i postawa ta dotyczyła tak chorego jak i jego/jej partnera życiowego, również znajdowały swoją harmonię i można stwierdzić adaptowały się całkiem pozytywnie. Problem pojawiał się tam, gdzie małżonkowie preferowali odmienne style komunikowania się i oczekiwania względem siebie. Podkreślali negatywny wpływ napięć i konfliktów na jakość łączącej ich relacji. Wspomniani badacze wyciągają stąd wniosek, że podobieństwo sposobu komunikowania się jako element stylu komunikowania się odgrywa znacznie większą rolę niż szczerość i uczciwość wobec partnera. Literatura dotycząca komunikacji w kontekście medycznym wskazuje, że nabywanie umiejętności dzielenia się odczuciami i problemami korzystnie wpływa na rozwój relacji małżeńskich, zwłaszcza w aspekcie bliskości psychicznej i intymności [10,13,14]. Znaczenie choroby zmienia się zależnie od tego w jaki sposób jednostka ją postrzega. Zachowanie chorego jest wypadkową tego, jak spostrzega swoją sytuację. Obraz choroby w umyśle pacjenta leży u podstaw określnych postaw. Przenosi się tenże na postrzeganie jej przez całą rodzinę. Jest on dynamiczny i ewoluuje na przestrzeni czasu. Zasadniczym wyzwaniem stojącym przed każdą rodziną jest to ażeby postrzegać ją w sposób niewykluczający przekonania o tym, że trudności są do pokonania. Uczucia bezradności i beznadziejności prowadzą do depresji. Rak jest często postrzegany jako utrata podstawowej ufności w bezpieczeństwo świata. Staje się w narracji rodzinnej trudnym zjawiskiem zagrażającym jej dotychczasowemu spokojowi [18,19,20].

Zmowa milczenia jest formą paternalizmu ograniczającego autonomię pacjenta. Narusza zaufanie, uniemożliwia przedyskutowanie wielu istotnych spraw rodzinnych. Jeżeli

zmowa milczenia się przedłuża, wtedy potrzeba czasu by zbadać jakimi motywami kierują się bliscy chorego i czego się obawiają? Ważne jest też uświadomienie rodzinom faktu pełnej świadomości powagi sytuacji przez chorego, który milcząc pragnie chronić swych najbliższych [21].

„Zmęczenie rodziny" jest kolejnym znaczącym faktem, oznacza ono, że niektóre z bliskich choremu osób są wyczerpane emocjonalnie a często też i fizycznie nieustannym czuwaniem przy chorym. Konflikt pomiędzy koniecznością pogodzenia obowiązków rodzinnych i zawodowych, a czasem poświęconym choremu może być i często jest powodem ogromnego wyczerpania fizycznego i emocjonalnego. Nieustanna czujność towarzyszenia ciężko choremu w domu i asystowanie mu powodują przewlekłe napięcie stresowe. Czasem stosowaną praktyką w hospicjach stacjonarnych jest przyjęcie chorego do szpitala celem umożliwienia odpoczynku osobom opiekującym się. Często wykorzystują ten czas na załatwienie spraw urzędowych, czy innych. W świetle powyższych rozważań wyłania się zasada aby nie wymuszać na najbliższych stopnia zaangażowania się w opiekę nad przewlekle chorym i umierającym [21].

Warto natomiast rozpoznać na jaki poziom zaangażowania stać każdego z członków rodziny (jaki jest w świetle uwarunkowań jego sytuacji możliwy do zaakceptowania poziom poświęcenia się choremu). Zjawiskiem mogącym występować obok poprzednich jest decyzja o byciu lojalnym partnerem [22].

W tej sytuacji opiekun chorego decyduje się pozostać dla zachowania stabilności. Omówione powyżej utrudnienia dobrej komunikacji zostały zebrane w tabeli nr 2.

Tabela 2. Czynniki utrudniające prawidłową komunikację

Brak czasu i zabieganie personelu
Brak prywatności
Trudności w podejmowaniu drażniących tematów
Dynamizm i nieprzewidywalność sytuacji
Trudności ze zdefiniowaniem przedmiotu nadziei
Skrajne reakcje emocjonalne
Zmowa milczenia
Zmęczenie rodziny opieką

Jak przebiega komunikacja rodzinna?

Komunikacja rodzinna obejmuje jej poziomy werbalny i niewerbalny. Każde zachowanie posiada znaczenie i sens, z perspektywy semantycznej jest komunikatem. Znaczenie posiada milczenie, bezruch, wyciszenie, wszystkie te zachowania są posiadającymi znaczenie sposobami komunikowania się. Komunikowanie zakłada zdolność zrozumienia perspektywy drugiej osoby, tego co może ona odczuwać i jak ocenia daną sytuację. Jest nie tylko przekazywaniem informacji lecz umiejętności integrowania perspektywy drugiego do własnego systemu odniesień, jest to także bycie razem w milczeniu. Tematem adaptacyjnych form komunikowania się w kontekście zagrażającej życiu przewlekłej choroby badacze zajmują się od lat [11]. Członkowie rodziny od momentu postawienia diagnozy wkraczają w nieznaną dotąd przestrzeń konfrontacji z nowymi wyzwaniami. Uwaga ta dotyczy okoliczności życia codziennego jak i konieczności innego spojrzenia na siebie w sytuacji egzystencjalnego zagrożenia. Diagnoza choroby zagrażające życiu dotyka wszystkich ważnych sfer życia, nie zawsze personel medyczny jest świadomy jego znaczenia i wpływu na codzienne życie chorego. Każdy pacjent reaguje w inny sposób, podobnie jak i inaczej na diagnozę reagują bliskie mu osoby. Porozumienie pomiędzy wszystkimi zainteresowanymi musi uwzględnić etap życia, jak też wnioski płynące z ponownej jego oceny. Szczególnie ważne jest to, ażeby personel medyczny w podejściu terapeutycznym do chorego i jego rodziny uwzględniał te fakty jak też trajektorię i dynamikę choroby. Błędem jest niedocenienie siły wpływu choroby na rodzinę i jej funkcjonowanie. Rodzina jako całość żyje w odmienionej rzeczywistości. Jej członkowie mogą być sobie pomocni efektywnie komunikując się. Znalezienie właściwej formy wsparcia jest wypadkową wcześniejszych doświadczeń oraz sposobu postrzegania problemu choroby. Niektóre rodziny cenią spokojną akceptację trudnych zdarzeń i nie dążą do panowania nad okolicznościami, inne cenią sobie otwarte omówienie i nazwanie problemu, uczuć i trudności traktując to jako sposób na zwiększenie komfortu wewnętrznego i ukojenia trudnych emocji [23].

Narracje są jedną z form symbolicznego odzwierciedlenia subiektywnego doświadczenia, służą temu by nadać kształt postrzeganym doświadczeniom życiowym. Są narzędziem dzięki któremu rodziny mogą zarówno tworzyć jak i nadawać formy wyrazu swym przeżyciom. Historie rodzinne odzwierciedlają sposób nadawania znaczeń danemu doświadczeniu. Jednym z czynników które w największym stopniu zakłócają porozumienie i harmonię wzajemnych relacji jest tendencja do tworzenia odmiennych interpretacji tego

samego zdarzenia. Różnice te wydają się zwiększać proporcjonalnie do stopnia nasilenia sporu pomiędzy odmiennymi sposobami patrzenia na to samo zdarzenie. Rodzina może demonstrować odmienne interpretacje procesu chorobowego i znaczenia emocjonalnego nadawanego temu zjawisku. Opowiadanie swej historii chorobowej staje się formą wzmacniania doświadczenia poczucia kontroli wewnętrznej pacjentów, umożliwiając im uzyskanie lepszego zrozumienia siebie i dzielenia się tym spostrzeżeniem w obrębie rodziny [24,25]. Dzielenie się z bliskimi swymi spostrzeżeniami umożliwia im zrozumienie obrazu choroby w umyśle chorego. Rodziny dążą do tego aby utrzymać i kiedy to konieczne przywrócić spójność narracji w obliczu nieprzewidzianych zdarzeń i niejednoznaczności. Rodziny szukają wspólnego języka do wyrażenia swych niepokojów, odczuwanej samotności i pragnienia by być zrozumianym przez bliskich. W istocie komunikacja rodzinna jest nieustającym procesem uzgadniania i dostosowywania opinii na temat choroby pomiędzy członkami rodziny, chorym, który jest w centrum całego zjawiska oraz personelem medycznym. Pozwala on dostosować się do obciążeń chorobowych, strat i zbliżającej się śmierci. Wyniki badań przeprowadzonych wśród 48 pielęgniarek pracujących z terminalnie chorymi w nowojorskich szpitalach wskazują, że jednym z najbardziej stresujących aspektów pracy jest konieczność kontaktowania się z rodzinami. Osoby badane wskazywały, że rodziny reagują emocjonalnie, irracjonalnie, nie rozumieją tego, co się dzieje z chorym, przede wszystkim kwestionują niemal każde poczynania personelu szpitala [14]. W sytuacji niepewności, wszędzie tam, gdzie stan chorego jest poważny a objawy dokuczliwe i trudne do opanowania rodzą się napięcia wyzwalające konflikt. W świetle interesujących badań dokonanych w obszarze Islamu, w Arabii Saudyjskiej wykazały, że lekarze i pielęgniarki zatrudnieni w systemie opieki zdrowotnej nastawieni są na tym by zaspokoić potrzeby emocjonalne rodzin pacjentów. W społeczeństwie muzułmańskim ponad prawa i autonomię chorego przedkładana jest wola jego rodziny. Islam zachęca rodziny by objęły chorych opieką, nadając jej centralną rolę w procesie leczenia. W podejściu tym dostrzec można tak odmienne od standardów zachodnich postawy jak tendencja do pełnego informowania o stanie zdrowia bliskich i nie informowanie pacjenta. Lekarz „shabib" współpracuje blisko z najbliższymi pacjenta [20]. Zhang i Siminoff [21] badali zjawisko unikania otwartej komunikacji o nowotworze z rodzinami chorych. Grupę badaną stanowiło 50 opiekunów i 26 rodzin, których wypowiedzi zostały poddane analizie. Dwie trzecie (65%) badanych rodzin doświadczyło problemów z komunikacją. Wśród czynników w największym stopniu blokujących proces otwartego i wspierającego komunikowania się wskazano: strategie

unikania trudnych sytuacji, dyskomfortu i cierpienie, pragnienie wzajemnego ochraniania się przed stresującymi sytuacjami trzecim wskazanym czynnikiem była wiara w siłę pozytywnego myślenia. Skuteczna komunikacja rodzinna zależy na od możliwości nieskrępowanego dzielenia się wszystkich swoich członków na temat uczuć pozwalając na niezależność i różnorodność myśli.

Duże znaczenie odgrywają czynniki związane z kontekstem społecznym, historycznym i kulturowym kształtującym podejście do zagadnienia dzielenia się informacją o chorobie z pacjentem i rodziną. Ważne znaczenie ma historia stosunków rodzinnych, doświadczenia rodziny, jej uprzednie sukcesy lub porażki we wspólnym rozwiązywaniu problemów rodzinnych. Niektórzy z jej członków mogą w danym momencie nie być gotowi do przyjęcia prawdy o diagnozie i niepomyślnych prognozach. Zaprzeczanie może w takiej chwili być nie tylko mechanizmem obronnym ale też i zaradczym, przygotowującym jednostkę do przyszłej konfrontacji z bolesną prawdą [8]. W randomizowanym badaniu przeprowadzonym przez Byrne i jego zespół pacjenci płci męskiej i żeńskiej potwierdzili oczywisty fakt naruszenia harmonii rodzinnej przez ich chorobę [22]. Niemal wszyscy badani potwierdzili, że w trosce o bliskich ukrywali przed nimi swe niepokoje, wątpliwości, nawet i somatyczne dolegliwości. Wypełnianie swej roli rodzinnej w miarę normalny i niezmieniony sposób jest najlepszym sposobem do utrzymania dotychczasowej harmonii rodzinnej. Nieskuteczna komunikacja powoduje zwiększony krytycyzm i wycofywanie się. Jest to zjawisko niekorzystne albowiem wobec presji choroby wskazane jest by rodzina była zdolna uczciwie przedyskutować pojawiające się trudności i uniknąć nieporozumień. Zakłócenia komunikacji rodzinnej powodują wzrost angażowania się jej członków w formy myślenia życzeniowego lub też wrogość względem siebie [2].

Badania wskazują, że osoby opiekujące się chorym pragną więcej i lepszej formy komunikacji. Fried i inni [16]. Wykazano, że dla 37,3% chorych komunikacja była trudna i problematyczna. W tymże badaniu 22% badanych stwierdziło, że pacjenci unikali otwartego dialogu z personelem i osobami opiekującymi się. Opiekunowie pragną bardziej otwartej komunikacji. Pragnienie bardziej intensywnej komunikacji może być wypadkową nasilenia niejasności i napięć towarzyszącym choremu. Paradoksalnym zjawiskiem jest pragnienie wzajemnego ochraniania się przed niepomyślnymi informacjami zarówno ze strony chorego i osób opiekujących się pacjentem z przeciwnej. Pacjenci, a jest to zjawisko wystarczająco powszechne by je odnotować, nie ujawniają swych trosk najbliższym chroniąc tym samym rodzinę i najbliższych przed destabilizacją. Badania Boehmer i innych [7] wykazały, że

mężczyźni w zaawansowanej fazie raka prostaty preferowali powściągliwy styl komunikowania się z żonami ukrywając przed nimi szereg niepokojów i trosk, w tym lęku przed śmiercią.

Jak budować wspierający kontakt z chorym?

Ważnym walorem terapeutycznym jest zapewnienie możliwości rozmowy. Częste dzielenie się spostrzeżeniami pozwala rodzinie dostrzec sens podejmowanych działań.

Tabela 3. Treści będące przedmiotem edukacji rodziny w opiece nad chorym umierającym

Pokazanie jak ważne jest przyzwolenie osobie umierającej na zachowanie autonomii tak długo jak to jest możliwe
Zapewnienie, że obecność bliskiej rodziny jest już sama w sobie wartością i działaniem wspierającym
Pomoc w znalezieniu „osoby kluczowej” dla organizacji opieki
Uczenie rodziny jak rozpoznawać potrzeby chorego i w jaki sposób z nim rozmawiać (uruchomienie prawidłowej komunikacji)
Rozwiązanie nagromadzonych wyobrażeń i mitów na temat śmierci i umierania
Pomoc w odreagowaniu napięć wynikających z trudów opieki
Przygotowanie rodziny do śmierci bliskiej osoby
Zwrócenie uwagi na to jak ważną rzeczą jest, by rodzina w ostatnim okresie była razem i wspierała się
Wskazanie znaczenia wspólnego czuwania przy umierającym
Uspokojenie, potwierdzenie że wszystkie reakcje osób towarzyszących umierającemu są naturalne i zasadne
Przyzwolenie na różnorodność reakcji osób towarzyszących umierającemu, która polega na: ➢ **Nie wymuszaniu** ➢ **Nie potępianiu** ➢ **Nie ocenianiu**
Wskazanie, że harmonia rodzinna sama w sobie stanowi najlepsze źródło wsparcia społecznego
Podkreślenie by po śmierci nie ingerować w proces żałoby:
Nie przyspieszać
Nie wymuszać formy
Nauczyć jak towarzyszyć choremu zamiast „leczyć go”

Rodziny potrzebują potwierdzenia celowości wszystkich działań podejmowanych wobec chorego. Ich moc wyjaśniająca pozwala odsunąć wszelkie wątpliwości. Wyjaśnienia personelu czynią obraz choroby bardziej realnym. A jeśli to konieczne – uznanie realizmu śmierci. Personel może dążyć do tego aby osoba umierająca była w jak największym stopniu autonomiczna. Jest to ważne by rodzinie wytłumaczyć, że jej codzienna opieka ma dla chorego ogromne znaczenie. Sama obecność bliskich posiada wartość terapeutyczną [26]. Kilka praktycznych zasad wskazanych w poniższej tabeli obejmują treści które personel medyczny powinien pokazać rodzinom opiekującym się chorym umierającym.

Zakończenie

Rodziny pomimo obciążeń i skumulowanych strat i stresu, pragną utrzymać własne poczucie wartości. Zmagając się kryzysem choroby i umierania, będąc zagubionymi, dokonując ogromnych wysiłków związanych z opieką, oczekują potwierdzenia, że ich działania są dobre, że służą choremu, że mają znaczenie. Potwierdzić te życzenia można poprzez zwrócenie uwagi na istniejące pragnienia i odczucia. Tym czego najbardziej się potrzebują to fakt przedyskutowania pojawiających się pytań w nieoceniającej atmosferze. Wśród potrzeb zgłaszanych przez rodzinę znajdują się też i te dotyczące informacji o stanie zdrowia swego chorego. Istotnym aspektem tej potrzeby jest to, że będąc pod wpływem niewątpliwego stresu, bliscy potrzebują wyznaczników pozwalających formułować oczekiwania wobec bliższej i dalszej przyszłości [3]. Podstawową zasadą związaną ze sprawowaniem opieki nad ludźmi będących pod wpływem stresu jest ta, że potrzebują informacji stanowiących wyznaczniki pozwalające im poruszać się w niepewnej rzeczywistości. Człowiek zmagający się ze stresem potrzebuje przede wszystkim prostych informacji o tym, kto będzie leczył krewnego, gdzie to będzie się odbywało oraz w jaki sposób? Umiejętność udzielenia odpowiedzi na owe trzy pytania jest jednym z ważnych kryteriów decydujących o posiadanych umiejętnościach terapeutycznych.

Piśmiennictwo

1. De Barbaro B.: Pacjent w swojej rodzinie, Springer PWN, Warszawa, 1997
2. Lang F., Quill T.: Making decisions with family at the end of life. Am Fam Physician, 2004, 70, 719–723.

3. Faulkner A., Maguire P.: Talking to cancer patients and their relatives. Oxford University Press, Oxford, 1996.
4. Satir V.: Rodzina tu powstaje człowiek. GWP, Gdańsk, 2000.
5. Ruszkowska E., Bronowska Z.: Wpływ systemu rodzinnego na proces leczenia: opis przypadku. Post. Psych. Neurol., 1998, suplement 2, 7, 17-22.
6. Olson D.H., The Circumplex model VII: Validation studies and FACES III, Fam. Proc., 1986, 26, 337-351.
7. Boehmer U., Clark J.A.: Communication about prostatę cancer between men and their wives. J. Fam. Pract., 2001, 50, 226–231.
8. Dorr-Goold S., Williams B., Arnold R.M.: Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. 2000, JAMA 283:909–914
9. Goldenberg H.: Terapia rodzin, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2006.
10. Hudson P.: How Well Do Family Caregivers Cope after Caring for a Relative with Advanced Disease and How Can Health Professionals Enhance their Support? J. Palliat. Med., 2006, 9, 3, 694-703.
11. Lichter I.: Communication in cancer care. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1987
12. Baider L.: Communicating about illness: a family narrative, Support Care Cancer, 2008, 16:607–611
13. Dakof G., Liddle H.: Communication between cancer patients and their spouses: is it an essential aspect of adjustment? Paper given at the American Psychological Association Annual Meeting, Boston, August 12, 1996.
14. Levine C., Zuckerman C.: The trouble with families: toward an ethic of accommodation. Ann. Intern. Med., 1999, 130, 148–152.
15. Fallowfield L., Jenkins V., Farewell V., Saul J., Duffy A., Eves R.: Efficacy of a cancer research UK communication skills training model for oncologists: a andomised controlled trial. Lancet, 2002, 359, 9307, 650–656
16. Fried T.R., Bardley E.H., O'Leary J.R., Byers A.L.: Unmet desire for caregiver-patient communication and increased caregiver burden. J. Am. Geriatr. Soc., 2005, 53, 59–65.
17. Yonke A., Schneider J.: Examining Relationships Between Physicians and Their Patients: A Psychoanalytic Model, Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 2000, 2,4, 347-364.
18. Sparks L.: An introduction to cancer communication: theoretical and research insights. Health. Comm., 2003, 15, 123–131.

19. Lang F., Quill T.: Making decisions with family at the end of life. Am. Fam. Physician., 2004, 70, 719–723.
20. Moazam F.: Families, patients, and physicians in medical decision making: a Pakistani perspective. Hastings Cent. Rep., 2000, 30, 6, 28–37.
21. Zhang A.,Y., Siminoff L.A.: Silence and cancer: why do families and patients fail to communicate. Health. Comm. 2003, 15,4, 415–429.
22. Byrne A., Ellershaw J., Holcombe C.: Patients' experience of cancer: evidence of the role of 'fighting' in collusive clinical communication. Patient. Educ. Couns., 2002, 48, 15–21.
23. Stelcer B.: Rodzina wobec straty bliskiej osoby [w:] Człowiek i jego rodzina wobec utraty zdrowia i sprawności. Nowicka A., Bąbka J. (red.), Wyd. Uczelni Zawodowej Zagłębia Miedziowego w Lubinie, Lubin, 2010, 269-279.
24. De Barbaro B.: Wprowadzenie do systemowego rozumienia rodziny, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 1999
25. Stelcer B.: Humanistyczny wymiar relacji lekarz-pacjent [w:] Etyczny wymiar komunikacji interpersonalnej w praktyce klinicznej. Wawrzyniak J (Red.), Wyd. Nauk. UAM, Poznań, 2009, 35-47.
26. Vachon M.: The emotional problems of the patients in palliative medicine: patient, family, and professional [in:] Oxford Thextbook of Palliative Medicine, Doyle D., Hanks G. (eds), Oxford University Press, 1997 .

Formy interwencji kryzysowej w sytuacji śmierci

Komarnicka Jędrzejewska Olga[1,2], Jędrzejewski Wit, Bomber Kamil[3]

1. Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej we Wrocławiu
2. Fundacja „By dalej iść”
3. Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie

Ludzie znajdują się w stanie kryzysu, kiedy napotykają na przeszkody w osiąganiu ważnych celów życiowych – przeszkody, które w tym czasie wydają się nie do pokonania za pomocą zwyczajowych metod rozwiązywania problemów. Powoduje to stan dezorganizacji i zamieszania, w którym podejmowane są liczne próby nieudanych rozwiązań [1]

Ideogram chiński „kryzys” przedstawia, jako paradoksalnie zbudowane, tajemnicze zjawisko – kompleks odległych od siebie, jak dwa bieguny - szans i zagrożeń.

Standard opisuje interwencję kryzysową, czyli drogę „formalnego opanowania kryzysu” rozumianego, jako instytucjonalne działanie wyspecjalizowanych służb kryzysowych bądź powołanych do tego instytucji (głównie pomocy społecznej), w odróżnieniu do „naturalnego opanowania kryzysu”, czyli samodzielnych, często intuicyjnych wysiłków osób w kryzysie wspieranych przez rodziny i bliskich.

Kryzys w wyniku śmierci jest jednym z trudniejszych i cięższych przypadków pomocy osobie dotkniętej kryzysem, nie mniej jednak na początku należy zapoznać się z definicją Interwencji kryzysowej.

W ustawie o pomocy społecznej (art.47, ust.1.) [2], określono, że *„interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej''.*

Należałoby, więc przyjąć, że Interwencja kryzysowa powinna wyjaśniać się w następujący sposób. A mianowicie, że jest to pomoc w:

- trudnych sytuacji życiowych, rozumianych, jako szczególny rodzaj stresu (dystresu, przeżycia traumatycznego) rozwijającego się w konsekwencji wystąpienia krytycznych wydarzeń życiowych u osób i całych rodzin;
- dezorganizacji i zakłócenia funkcjonowania instytucji, organizacji, grup i całych społeczności konfrontowanych z wydarzeniami krytycznymi o dużej intensywności.

Żałoba, to czas po śmierci bliskiej osoby, w którym żałobnik odczuwa zazwyczaj żal, rozpacz, smutek, to okres który rozpoczyna się zaraz po śmierci bliskiej osoby [3].

Żałoba jest to często okres głębokiego smutku, żalu oraz wewnętrznego bólu, przeżywanego po stracie bliskiej osoby. Często rozpacz jest tak wielka, że żałobnik wyłącza się z codziennego życia, aby opłakiwać to, że ktoś bliski opuścił go na zawsze [3].

Żałoba, to zatrzymanie się nad dramatycznym wydarzeniem ignorujące całkowicie lub częściowo fakt, że życie toczy się dalej i że trzeba nauczyć się żyć, na co dzień bez obecności bliskiej osoby. Poza aspektami emocjonalnymi żałoba ma też wymiar społeczny, kulturowy i duchowo-religijny [3].

W większości kultur żałoba po stracie bliskiej osoby trwa około roku i znajduje odzwierciedlenie w konkretnym zachowaniu [3]. Zachowanie to charakteryzuje się przede wszystkim mniejszym lub większym wycofaniem się z życia towarzyskiego i aktywności. Często jest również eksponowane przez odpowiedni ubiór. Uważa się, że po tym okresie wszystko powinno powoli zacząć wracać do normy, a osoba w żałobie powinna zacząć układać swoje życie na nowo [3].

Żal po stracie znajduje również odzwierciedlenie w objawach fizycznych (np.: kłopoty z oddychaniem, bezsenność, brak apetytu, ogólne osłabienie) oraz psychiczne (np.: zaburzenia koncentracji i pamięci, chwiejność emocjonalna) [3]. Obserwacje oraz badania pokazują, że mężczyźni wrażają żal po stracie mniej ostentacyjnie niż kobiety, szybciej radzą sobie również ze społecznymi konsekwencjami straty, jednak zdecydowanie wolniejszy jest u nich proces przezwyciężania związanych z nią zaburzeń emocjonalnych [3]

Rozróżnienie faz w procesie żałoby umożliwia usystematyzowanie tego wielowarstwowego zjawiska. Wypracowanie standardowego przebiegu żałoby ułatwia klasyfikację określonych reakcji na stratę oraz pomaga rozdzielić zdrowe a patologiczne zachowania w żałobie [4]. Ponadto dzięki temu można podjąć kroki do działań interwencyjnych.

Według Catherine M. Sander [4], można wyróżnić następujące fazy opłakiwania straty:

1. **szok**

` Charakterystyczne symptomy, to: niedowierzanie, wewnętrzny zamęt, wzburzenie, bezradność, stan alarmu, psychologiczne dystansowanie się. Wstrząs, jaki jest tutaj przeżywany bywa u jednych ludzi mocniejszy u drugich słabszy jest to zależne od wielu czynników. Kiedy jednak umiera dziecko, wstrząs jest wielokrotnie silniejszy. W następstwie szoku ogarnia nas chaos wewnętrzny i poczucie zagubienia. To, co było dotychczas stałe nagle się zmieniło. To właśnie reakcja szoku czyni żałobę tak długim i trudnym okresem dla osieroconych rodziców. Etap ten zazwyczaj mija po paru tygodniach, ale w przypadku utraty dziecka może trwać rok, a nawet dłużej. Jednak powoli ochronne działanie szoku przestaje działać i zaczyna się odczuwać ból. W tym momencie zaczyna się druga faza żałoby, uświadomienie sobie poniesionej straty.

2. **uświadomienie sobie straty**

Charakterystyczne symptomy, to: niepokój wywołany separacją, konflikty emocjonalne, przewlekły stres, nadwrażliwość, gniew, poczucie winy. Faza ta charakteryzuje się pełnym uświadomieniem sobie śmierci własnego dziecka, co powoduje uczucie nieznośnego ciężaru przygniatającego człowieka oraz dezorganizację emocjonalną. Głównym komponentem tej fazy jest niepokój wywołany separacją. Typowe są lęki i obawy, poczucie utraty kontroli nad życiem. Świat staje się nieprzewidywalny.

3. **chronienie siebie – wycofywanie się**

Charakterystyczne symptomy to: rozpacz, osłabienie systemu odpornościowego, zmęczenie, praca nad smutkiem i żalem, „hibernacja". Faza ta polega na potrzebie odpoczynku, reakcja fizyczna organizmu przypomina depresję, lecz jest to zjawisko naturalne. Jest to właściwy czas na wycofanie się z kontaktów z innymi ludźmi, na spędzenie czasu w samotności i na dłuższy sen. Faza trwa często przez wiele miesięcy i bywa okresem wielkiej rozpaczy, ponieważ fizycznie i emocjonalnie komponenty postawy uległy poważnemu osłabieniu.

4. **powracanie do zdrowia**

Charakterystyczne symptomy to: odzyskiwanie kontroli, rezygnowanie z danych ról, tworzenie nowej tożsamości, przebaczanie i zapomnienie, poszukiwanie znaczenia, zabliźnianie się ran. W tej fazie osoba po stracie bliskiej osoby zaczyna przejmować większą kontrolę nad własnym życiem. Z pełnienia pewnych ról powinna taka osoba jednak zrezygnować, każdy sam musi odnaleźć swoją własną tożsamość w nowej sytuacji. Nie jest się tą samą osobą, którą było się przedtem. Poszukuje się w tej fazie głębszego sensu w tym nieszczęściu, na przebaczaniu oraz na zapominaniu straszliwych okoliczności towarzyszących

śmierci. Zachodzą tutaj duże zmiany tożsamościowe w osobie opłakującej stratę. Śmierć dziecka wymaga znacznie większych zmian w osobowości, niż jakakolwiek inna strata. Tak silnie identyfikujemy się z własnymi dziećmi, że trzeba lat pracy, aby świadomie zrezygnować z kurczowego podtrzymywania naszego związku z nimi. To świadome rozwiązanie więzi pozwala na powrót do,, normalnego życia".

5. **odnowa**

Charakterystyczne symptomy to: rozwijanie nowej świadomości siebie, akceptowanie odpowiedzialności, uczenie się życia bez utraconej osoby, zajęcie się swoimi potrzebami wewnętrznymi, aktywny kontakt ze światem, znajdywanie substytutów. Gdy porzucane są dawne role i poprzednia tożsamość, stopniowo rodzi się i rozwija nowe życie. Nie jest się tą samą osobą, którą było się wcześniej, ale posiada się w sobie potencjał niezbędny do rozwinięcia nowych sił, które ujawnią się we wszystkich relacjach ze światem i w każdej podejmowanej działalności. Jest się bardziej tolerancyjnym, bardziej skłonnym do głębszych wzajemnych kontaktów z drugim człowiekiem. Faza odnowy daje możliwość rozwijania zarówno nowej świadomości siebie, jak i zdrowej niezależności emocjonalnej. Gdy umiera dziecko, cierpi się w sposób niewyobrażalny. Najgorzej jest na początku- nie wiemy, że ból kiedyś się skończy. Nie ma żadnej gwarancji, że to na pewno nastąpi. Cierpienie w końcu mija. Aby proces ten się rozwijał i aby osiągnąć kolejne jego fazy, człowiek musi się wiele nauczyć. Musi zdobyć cierpliwość, zaakceptować wartość zmiany, docenić piękno prostoty i znaczenia śmiechu, zrozumieć, że akceptacja życia opiera się na silnych związkach z ludźmi, a radość wynika ze spontaniczności i nieunikania ryzyka

Powszechnie akceptowalnym jest też model żałoby, który przedstawia Bowlby [5], zawierający następujące fazy żałoby:

- **Osłupienie** - trwające do miesiąca czasu.

Pojawia się uczucie wewnętrznej pustki, wszystko wydaj się być nierealne. W tym czasie mogą wystąpić ataki paniki, czyli wszechogarniającego lęku bez wyraźnej przyczyny, lub nadmierna aktywność. Mogą występować epizody złego samopoczucia i gniewu, które pełnią rolę terapeutyczną, gdyż stanowią naturalny i skuteczny sposób wyrażania własnych emocji. Ból psychiczny wzrasta, gdy mija faza osłupienia. Jest to okres silnego niepokoju i cierpienia.

- **Tęsknota i poszukiwanie**.

Ten etap znamionuje pragnienie odzyskania straconej osoby i poszukiwania jej. Trwać może miesiącami, a nawet latami. Rozpoczyna się w ciągu kilku godzin lub dni po stracie. Potem ta tendencja spadnie, ale znów powraca, gdy jakiś przedmiot lub melodia przywołują

wspomnienia o zmarłym. Poszukiwanie jest niezwykle bolesnym procesem, nasyconym silnym niepokojem. Opłakujący często unikają przedmiotów i miejsc związanych ze zmarłym, gdyż one inicjują pragnienie, aby spotkać nieobecnego. Dorosły człowiek wie, że nie ma sensu poszukiwanie zmarłego, ale nadal tak czyni. Ważnym elementem procesu żałoby jest gniew. Częściej występuje w procesie żałoby niż można by przypuszczać. Niewyrażony gniew może stać się podstawą poczucia winy pogardy dla samego siebie.

- **Dezorganizacja i rozpacz**.

Jednostka już zaakceptowała nieodwołalność swojej straty. Teraz pojawia się poczucie bezsensu, brak celu w życiu, apatia. Ujawnia się depresja, jako reakcja na stratę. Wzory zachowania, jakie rozwinęły się w toku relacji ze zmarłymi, teraz są już nieodpowiednie. Człowiek w bolesnym i trudnym procesie musi zaakceptować destrukcję swojej osobowości i zorganizować zachowanie według nowych wzorców. Niektórzy ludzie wciąż jednak żyją tak, jakby zmarły nadal był obecny. Istotne jest to, że wielu ludzi doświadcza obecności zmarłego. Jest to prawidłowe i szeroko rozpowszechnione znamię procesu żałoby.

- **Reorganizacja**.

Uzdrowienie przychodzi, gdy człowiek całkowicie akceptuje stratę. Nie można tego oczekiwać we wszystkich wypadkach. Na przykład nie można się tego spodziewać, gdy rodzicom umiera dorastające dziecko. W tym przypadku nawroty autentycznego bólu trwają całe życie, mimo że rodzice zdołali się już przystosować do nowego sposobu życia.

Przebieg kryzysu związanego ze śmiercią bliskiego modyfikowany jest przez wiele czynników. Ważny jest związek ze zmarłym, jak również osobowość opłakującego. Wszystko to znajduje się w scenerii uwarunkowań kulturowych. Proces żałoby, za Volken [6] można generalnie podzielić na dwie fazy:

1. **Stadium początkowe** – charakteryzuje je osłupienie i szok. W tym stanie szybko występuje rozszczepienie funkcji ego dotyczące percepcji śmierci. Człowiek opłakujący zmarłego ma świadomość, iż bliski odszedł, z drugiej zaś strony zachowuje się tak, jakby to nie nastąpiło. Gniew, który pojawia się w tej fazie odzwierciedla wysiłki ego, aby zaakceptować stratę i jej psychologiczne konsekwencje.
2. **Praca żałoby** - znamienny dla tego etapu jest przegląd relacji ze zmarłym od samego zarania aż do końca. Ujawnia się walka pomiędzy pragnieniem „ zatrzymaniem zmarłego” a uwolnieniem się od niego. Osobowość ulega regresywnej dezorganizacji, po niej następuje konstruktywna przebudowa osobowości. W procesie żałoby

opłakujący utożsamia się z wybranymi cechami osobowości zmarłego. Żałoba kończy się akceptacją straty. Proces żałoby przypomina proces leczenia ran.

W drugim etapie żałoby na uwagę zasługuje konflikt pomiędzy pragnieniem „zatrzymania" osoby nieobecnej a chęcią uwolnienia się od niej. „Żywa" obecność zmarłego jest źródłem bólu, ale jednocześnie jest dowodem na to, że nie został zapomniany. Autorzy zajmujący się przebiegiem przeżywania żałoby zgadzają się, co do cech charakterystycznych procesu żałoby. Różnice widać w nazwach faz oraz czasu ich trwania. Jeden z klasycznych opisów przebiegu żałoby jest autorstwa Kast, która wyróżnia cztery fazy doświadczenia straty [8]:

- nieuznawanie
- intensywnych emocji,
- poszukiwania i oderwania
- nowego stosunku do samego siebie i świata.

Początkowym doświadczeniem po stracie jest stan zaprzeczenia, obojętności i odrętwienia [7]. Ważną cechą tej fazy jest uczuciowa ambiwalencja, więc aby uporać się ze stratą, ważne jest z jednej strony, aby myśleć o zmarłym i dalej odczuwać z nim więź, z drugiej strony jednak należy próbować zdystansować się od niego, co umożliwia faktyczną akceptację pożegnania. To, co wcześniej było przeżywane w związku, teraz musi być internalizowane, jako własna możliwość. W ten sposób śmierć bliskiej osoby może istotnie przyczynić się do indywidualizacji u żałobnika. Śmierć zmusza go do poszukiwania tego, co w związku ze zmarłym jest rzeczywiście czymś własnym. Dopiero przez ponowne przeżycie smutku, gniewu, żalu osierocony może się bardziej odseparować od zmarłego, jako osoby realnej [7].

Ważną częścią dynamiki przeżywania żałoby jest faza intensywnych emocji. W fazie tej panują uczucia gniewu, smutku, strachu, niepokoju i radości. Gniew skierowany jest zazwyczaj na tych, którym przypisuje się winę za śmierć bliskiego lub tego, który odszedł. Zmarły bardzo wyraźnie pokazuje pozostałym przy życiu ich kruchość i bezradność wobec przemijania. Na tym tle intensywne uczucia stają się zrozumiałe [7].

Starania podejmowane celem znalezienia winnego za śmierć wskazują na to, że nie chcemy się przyznać do uczucia bezsilności i przez poszukiwanie winnego udajemy, że właściwie nie jesteśmy aż tak bezradni [7]. Winny poszukiwany jest nie tylko wśród innych osób. Żałobnik często sam siebie obarcza odpowiedzialnością za śmierć bliskiego. W sposób szczególny z powodu poczucia winy cierpią ci, którzy nie zdążyli rozwiązać swoich

problemów ze zmarły przed jego śmiercią. Obok intensywnych uczuć takich jak : smutek, strach, żal osoba będąca w żałobie odczuwa często także radość z tego, że mogła przeżyć ten związek, a śmierć nie może jej zabrać wspomnień z przeszłości [7].

Kolejna faza to poszukiwanie zmarłego i oderwanie się od niego [7]. Poszukiwanie służy temu, aby przeżyty związek ze zmarłym pojmować, jako część własnego życia. Poszukiwanie znajduje swój wyraz często w wewnętrznym dialogu. Tym samym nadarza się okazja do ponownej konfrontacji, która powoduje oderwanie się od zmarłego. Warunkiem jest to, aby nie trzymać się kurczowo tych dialogów i w ten sposób nie odbierać sobie przestrzeni do dalszego rozwoju [7].

Takie zachowanie, za Semmler [8] mogłoby przyczynić się do tego, że nie zostałby zawiązany już żaden nowy związek. Przeżywanie żałoby w tej fazie będzie miało dobre skutki tylko wtedy, gdy sytuacja zmusi do oderwania się od zmarłego i rozstanie zostanie zaakceptowane. Poszukiwanie – odnalezienie – oderwanie umożliwia pożegnanie się z partnerem, rozliczeniem. W końcowym etapie przeżywania żałoby jest budowanie nowego stosunku do siebie i świata.

Żałobnik, za Makselon [5] zaczyna ponownie odczuwać radość z życia i jest w stanie budować nowe związki. Nie ma dokładnej miary czasu potrzebnego na przeżycie żałoby. Okres od jednego do dwóch lat jest najczęściej wykazywany jak przedział czasu niezbędnego do przejścia przez podane wyżej etapy. Inaczej jest w przypadku straty dziecka gdzie, jako typowy czas wskazuje się okres pięciu lat po śmierci. W obu przypadkach potwierdzeniem zakończenia żałoby jest możliwość wspominania zmarłej osoby bez uczucia intensywnego bólu, mimo że echo tego bólu będzie się odzywać przez całe życie. Zakończenie procesu żałoby owocuje chęcią do inwestowania w nowe życie, bez zapomnienia o osobie, którą straciliśmy, oraz gotowością do wchodzenia w nowe relacje. Osoby doświadczające żałoby powinny poczuć, że ten etap został zakończony. Krakowiak [10] uważa, że czasami symboliczne wydarzenia, decyzja o zmianie zachowania, czy rytuał mogą być potwierdzeniem tego wydarzenia.

W opinii Trzecienieckiej-Green [11], istotnymi elementami, które pomagają i mają znaczący wpływ na przebieg żałobie są:

- uroczystości pogrzebowe – chociaż udział w nich wiąże się z silnymi, negatywnymi emocjami i naruszeniem równowagi psychicznej, pomaga uzmysłowić realność śmierci zaakceptować jej fakt
- rozmawianie o własnych uczuciach związanych ze stratą

- wspomnienia zmarłego – wspomnienia są bolesne, jednak wspieranie ich przynosi zdecydowanie poważniejsze i bardziej negatywne konsekwencje, rozmowa o nieżyjącej, bliskiej osobie, pomaga skonfrontować się z nieuchronnością własnej śmierci i zaakceptować ją, jako rzecz naturalną, stwarza również możliwość wzajemnego wspierania się członków rodziny
- kultywowanie pamięci o zmarłym – może przybierać formę regularnego odwiedzania grobu, umieszczania zdjęcia w widocznych miejscu czy przechowywanie wybranych przedmiotów należących do zmarłego, to wszystko symbolizuje, że osoba zmarła niezmiennie pozostaje członkiem rodziny i zajmuje w niej należne miejsce, nie chodzi przy tym o stałą koncentrację na zmarłym i pogrążaniu się w rozpaczy, ale o zachowanie łączności pomiędzy tym, co było, a budowanie nowej rzeczywistości
- w przypadku śmierci dziecka nienarodzonego lub noworodka – nadanie mu imienia, pozwala to myśleć o nim jak o konkretnej osobie oraz przyznaje mu należne miejsce w rodzinie.

Zakończenie okresu żałoby najczęściej trwa do dwóch lat, inaczej jest, gdy strata dotyczy dziecka czas ten określa się do pięciu lat. Dowodem na zakończenie tego okresu jest możliwość swobodnego wspominania zmarłej osoby bez bólu chodź cząstka tego bólu będzie odczuwalna do końca życia. Eksperci mówią o konstruktywnym uporaniu się z żałobą, gdy nie unika się wspominania osoby i kontaktu z miejscami przypominającymi zmarłą, widzi się zarówno blaski jak i cienie relacji z tą osobą. Okres żałoby kończy się, gdy zaczyna się inwestować w dalsze życie i w nowe relacje towarzyszą temu następujące elementy:

- uwolnienie się od dominacji smutku i przygnębienia w życiu
- dobre samopoczucie
- gotowość stawiania czoła życiowym problemom

Po okresie żałoby nie ma możliwości powrócenia do stanu sprzed tragicznych wydarzeń – to nie jest możliwe. Realne jest, aby osiągnąć taką równowagę, która pozwoli otworzyć się na świat, nowe doświadczenia, propozycje.

Warto w skrócie wymienić czynniki powodujące utrudnienie procesu żałoby:

- traumatyczne okoliczności śmierci
- intensywność związku ze zmarłym
- nierozwiązane problemy związane z poprzednimi stratami
- negatywne konsekwencje śmierci- materialne
- brak społecznego wsparcia

- nadwrażliwość lub niewrażliwość na stratę
- jakość i charakter niezakończonych spraw psychologicznych
- piętno i deprywacja wobec osoby dotkniętej stratą

Interwencja kryzysowa jest tak rozległym tematem, że istnieje kilka różnych modeli, nie mniej jednak, można powiedzieć, że dwa stwierdzenia są ponadczasowe i mogą mieć status wszechobecnych myśli przewodnich:

- wszyscy ludzie, tak jak wszystkie kryzysy, są jednostkami jedynymi w swoim rodzaju, co nadaje im niepowtarzalności,
- wszyscy ludzie, tak jak wszystkie kryzysy, są w ogólnych elementach są podobni do siebie.

Interwencja kryzysowa, za Suchalla [12], w przypadku śmierci nie jest terapią, jest natomiast:

- **Stabilizowaniem** – dobrze jest pamiętać, że bez względu na wszystko, dorośli zawsze mają więcej doświadczeń życiowych niż dzieci i młodzież. Także wówczas, gdy spotykają się z tak trudnym doświadczeniem jak śmierć. To z postawy dorosłych, ich zachowania, sposobu rozmowy o czyjejś śmierci lub sposobu jej unikania, dzieci i młodzież uczą się tego, jak poradzić w tej sytuacji, której doświadczają po raz pierwszy. Odpowiadają sobie na pytania, czy mogę nazywać swoje odczucia, jakiekolwiek by one nie były i czy mogę je wyrażać.
- **Informowaniem** – udzielanie rzeczowych informacji pomaga w radzeniu sobie z trudnymi doświadczeniami. Tak szybko, jak to możliwe, należy wyjaśniać zaistniała sytuację (szczególnie dzieciom). Wielokrotne powtarzanie, pomaga w "oswojeniu" zagadnienia, doświadczenia, przeżycia i jego zasymilowaniu. Małe dzieci nie rozumieją jeszcze pojęcia śmierci i potrzebują konkretnych wyjaśnień, np,. ”Jeśli *ktoś umarł (jest martwy) wówczas nie oddycha, nie wstaje rano z łóżka, nie śpiewa piosenek, niczego nie je i nie możesz się już z nim spotkać np. na spacerze".* Najważniejsze jest, aby nie obrazować i nie koloryzować śmierci jak np. ”babcia zasnęła na zawsze”. W przypadku dorosłych sprawa jest o tyle prostsza, że dorośli znają znaczenie śmierci, nie mniej jednak dużo trudniej jest im się pogodzić z odejściem bliskiej osoby, dlatego w interwencji kryzysowej tak ważne jest, aby jak najszybciej mieć kontakt z osieroconym i być przy nim w tych trudnych dla niego chwilach.

- **Mobilizowaniem** – w sytuacjach traumatycznych powszechnym doświadczeniem jest doświadczenie poczucia bezradności. Stopniowe odzyskiwanie poczucia "zaradności", wpływu na sytuację i poczucia kontroli służy poradzeniu sobie z trudnym przeżyciem. Przykładem takich działań mogą być wszystkie formy pożegnania ze zmarłym, które czasami przybierają formę rytuałów: rozmowy o zmarłym, wspólnej modlitwy, wspomnienia umieszczonego na gazetce ściennej, miejsca, które (np. choćby chwilowo) upamiętnia zmarłego i/lub gdzie można zaświecić symboliczną lampkę lub złożyć kwiaty. Także jakaś forma zaangażowania w ceremonię pogrzebową może mieć taki wymiar. W przypadku dzieci należy pamiętać, że udział w pogrzebie powinien być dobrowolny.
- **Normalizowaniem** – reakcją na ekstremalnie obciążające zdarzenie mogą być różnorodne symptomy fizyczne, różnorodne emocje, myśli i postawy, jak również zmiany w zachowaniu. Ważnym elementem jest tutaj rozumienie, a w zależności od wieku także przekazanie informacji, że wszystko to jest *naturalną, normalną reakcją na ekstremalnie obciążającą sytuację.* W tym znaczeniu normalizowanie jest także przekazem, że po ekstremalnie obciążających wydarzeniach reakcje osób, które zetknęły się z faktem śmierci czy zagrożenia życia mogą być różnorodne, niespodziewane i wszystkie one są normalną reakcją, a nie symptomem zaburzeń psychicznych.

Innymi słowy tak rozumiana interwencja kryzysowa jest pierwszą pomocą adresowaną do osób, które miały kontakt z ekstremalnie obciążającym zdarzeniem i składa się z etapów, które pozwalają uzyskać równowagę zarówno, gdy chodzi o rozumienie zaistniałej sytuacji, daje możliwość odzyskania umiejętności działania, jak również emocjonalnego przepracowania tego trudnego doświadczenia.

Podstawy prawne działań interwencyjnych [13]:

- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o postępowaniu w sprawach nieletnich (Dz. U. z 1982 r. Nr 35 poz.228 z p. zm. - tekst jednolity Dz. z 2002r. Nr 11 poz.109 z późn. zm. oraz przepisy wykonawcze w związku z ustawą)
- Ustawa z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. Nr 35, poz.230 z p. zm. - tekst jednolity z dnia 22 lipca 2002r., Dz.U. Nr 147, poz. 1231 oraz z dnia 28 marca 2007r., Dz.U. Nr 70, poz.473)
- Ustawa z dnia 24 kwietnia 1997 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2003 r. Nr 24, poz. 198 z późn. zm.– Dz.U. 2010r. Nr 143, poz.962)

- Ustawa z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. Nr 30 poz. 179 z późn. zm.)
- Zarządzenie Nr 15/97 Komendanta Głównego Policji z dnia 16 czerwca 1997 r. w sprawie form i metod działań policji w zakresie zapobiegania i zwalczania demoralizacji i przestępczości nieletnich
- Ustawa z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (Dz. U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329 z późn. zm.)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i sportu z dnia 31 stycznia 2003 r. w sprawie szczegółowych form działalności wychowawczej i zapobiegawczej wśród dzieci i młodzieży zagrożonych uzależnieniem (Dz. U. Nr 26, poz.226)
- Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks postępowania karnego

Na co dzień pracując z rodzicami po stracie dzieci mogę śmiało napisać, że aby interwencja kryzysowa przyjęła odpowiednia formę pomocową oraz byłą skuteczna wystarczy kierować się poniższymi wskazówkami i wykazywać, choć w minimalnym stopniu:

- cierpliwość, empatyczność, słuchanie,
- umiejętne i rozsądne pocieszanie,
- pozwolenie na okazanie emocji osieroconym,
- wykazywanie autentycznej troski, która przejawia się w najzwyklejszych codziennych czynnościach takich jak: zrobieniem zakupów, posprzątania, czy ugotowania,
- umiejętne i powolne motywowanie osieroconych do reorganizacji swojego życia po stracie i wspierania w tej reorganizacji,
- pomoc lub znalezienie samemu odpowiedniej formy pomocy dla osieroconego, jeżeli jest konieczna (grupy wsparcia, odpowiednie fora, terapeuci itp.),
- rozpraszanie wątpliwości i umiejętne zapewnienie, że osierocony zrobił wszystko, co mógł i powinien uczynić dla zmarłego dziecka,
- nie powtarzanie oklepanych frazesów; *nic się nie stało, wiem, co czujesz, z czasem zapomnisz, czas goi rany, jeszcze urodzisz dziecko, jutro będzie lepiej, miej siłę dla tych, co żyją, wszystko się ułoży...*
- nie sugerowanie, co powinna osierocona osoba czuć, nawet, jeżeli przeżyliśmy to samo, pamiętajmy, że każdy z nas jest inny, dlatego pozwólmy, aby dla innego osieroconego śmierć jej dziecka, była dla niej tym, co ona sama czuje,
- nie nadawanie sensu cierpieniu,
- nie szukajmy bezpodstawnych pozytywnych stron tego, ze dziecko nie żyje,

- tak na dobrą sprawę wystarczy tylko być z osieroconym.

Podsumowanie

Decyzja o szukaniu pomocy to pierwszy krok ku zmianie, dlatego tak ważne jest rozsądne i świadome dobranie rodzaju pomocy.

Pomoc osobie po stracie kogoś bliskiego wiąże się głównie z empatycznym słuchaniem i koncentrowaniem się na jego uczuciach związanych z przeżywaniem żałoby. A zatem wsparcie osoby przeżywającej stratę to przede wszystkim obecność i rozmowa, współtowarzyszenie, a nie zmienianie okoliczności, czasami płacz bądź zwykłe milczenie. Wtedy śmierć przestaje być tematem tabu, zmniejsza się nasz strach przed nią, a my mamy szansę ją „oswoić" i wykorzystać dla własnego rozwoju

Od 15 października 1988 r. w Stanach Zjednoczonych obchodzony jest Dzień Pamięci Dzieci Nienarodzonych i Zmarłych. Tego dnia Amerykanie przypinają do ubrań różowo-błękitne wstążeczki. Modlą się w kościołach, składają kwiaty w szpitalach i na cmentarzach.

W Polsce Dzień Dziecka Utraconego obchodzony jest od 2004 r., za sprawą inicjatywy Organizacji Rodziców po Stracie oraz Rodziców Dzieci Chorych, – „Dlaczego" i portalu www.dlaczego.org.pl., który zaproponował, by 15 października poświęcony był modlitwie za zmarłe dzieci i ich rodziców. W świątyniach odprawiane są tego dnia specjalne Msze św., z zapalonymi zniczami, które symbolizują zmarłe dzieci. Znicze zapala się też na grobach dzieci.

Dlaczego 15 października? Bo tyle trwa ciąża począwszy od 1 stycznia.

Dlaczego jest tak ważny? Bo nie ma chyba rodziny, w której nie zdarzyłoby się to nieszczęście, polegające na tym, że to rodzice odprowadzają swoje dzieci do bram wieczności a nie dzieci rodziców. Świat staje do góry nogami i wszystko ulega przewartościowaniu.

Rodzic, który pochował swoje dziecko nigdy nie wróci już do swojego poprzedniego życia sprzed śmierci Maleństwa. Żyjąc dalej tak naprawdę uczy się życia na nowo, a żal i ból jaki pozostaje po stracie dziecka nigdy nie ustąpi: jest jak rana, która najpierw bardzo boli, później powoli się zasklepia a na końcu pozostawia bliznę, która już do końca życia będzie przypominać o pierwotnym bólu.

Nie ma dotyku ukochanej osoby, nie ma jej uśmiechu, nie ma żadnych obietnic, ani możliwości tego, co jeszcze mogłoby być, nie ma wspólnych spacerów i posiłków, wspólnego przeżywania świąt, nie ma niosącej z sobą radości cielesnej obecności ukochanego człowieka...

Załącznik

Standard interwencji kryzysowej Wzór dokumentacji – podstawowa karta osoby korzystającej z pomocy [14]

Ośrodek Interwencji Kryzysowej w…………………………….…………………………..

KARTA ZGŁOSZENIA nr. ewidencyjny: kategoria problemu:

DATA PIERWSZEGO KONTAKTU: …..…/………/ 201...

OSOBA PROWADZĄCA……………………………………………...…………………

DANE KLIENTA:

1. IMIĘ I NAZWISKO ………………………………………DATA UR……………………

2. ADRES ZAMELDOWANIA……....…………………………………..……………………………

3.AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA ……..…………………………………..………

4. MIEJSCE PRACY………..……..……………………………………………………………

5. WAŻNE TELEFONY W SPRAWIE…...………………………………………………

OBRAZ RODZINY KLIENTA:

1. Członkowie rodziny (imiona, nazwiska, rok urodzenia, rodzaj pokrewieństwa)

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

2. Inne ważne informacje o rodzinie:

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

OPIS PROBLEMU, co jest bezpośrednim powodem zgłoszenia się obecnie do CIK (formułować jak klient)

…………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………

HISTORIA PROBLEMU, gdzie wcześniej klient szukał pomocy, z jakim skutkiem

…………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………

OCENA ZAGROŻENIA: (własna interpretacja osoby prowadzącej) np.: zagrożenie śmiercią, narażenie zdrowia, ryzyko dekompensacji, zaburzeń, ostrych problemów rodziny, spełnianie określonych kryteriów interwencji kryzysowej)

…………………………………………………………………………………………..……..

…………………………………………………………………………………………………

OCZEKIWANIA KLIENTA: (dotyczące pomocy)

…………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………..………………………

ZASOBY KLIENTA:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

WSTĘPNY PLAN POMOCY:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………..……………………

CO JESZCZE POWINNIŚMY WIEDZIEĆ?

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

OŚWIADCZENIE OSOBY KORZYSTAJĄCEJ Z POMOCY W OŚRODKU INTERWENCJI KRYZYSOWEJ

Oświadczam, iż zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. (Dz. U. nr 133, poz. 883) oraz w celu realizacji zadań OIK kierującego się wyłącznie zdrowiem i dobrem osób doświadczających kryzysu, wyrażam zgodę na zbieranie, utrwalanie i przechowywanie moich danych osobowych oraz ich pozyskiwanie w instytucjach służby zdrowia, pomocy społecznej, policji i w organizacjach o podobnym zakresie działania.
Pouczenie: osoba składająca niniejsze oświadczenie ma prawo wglądu do swych danych oraz do ich uzupełniania, sprostowania, a także do wniesienia pisemnego, umotywowanego żądania zaprzestania przetwarzania jej danych.

……………………….…………………………………… (data, czytelny podpis klienta).

Piśmiennictwo

1. James R.K., Gilliland B. E.: Strategie interwencji kryzysowej, Wyd. Parpa, Warszawa 2004.
2. Dz.U.2016.0.930 t.j. - Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej art.47, ust.1.
3. Bishop G.: Psychologia zdrowia, Wyd. Astrum. Wrocław, 2000.
4. Sanders C.: Jak przeżyć stratę dziecka, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2001.
5. Bowlby J.: Attachment and Loss. Vol.III-Loss. Sanders and Depression, Basic Books, New York, 1980.
6. Volken V.D.: Psychotherapy of Complicated Mourning [in:] Depressive States and Their Treatment, Jason Aronson Inc. Publishers, Northvale- New Jersey- London:, 1994.
7. Kast V.: Traueren.Phasen und Cancen des psychischen Prozesses. Stuttgart/Berslin: Kreuz-Verl, 1982.
8. Semmler H.I.: Psychologiście Aspektem von Todd ud Trauler bej Kinder ud Jugendlichen. Frankfurt am Main: Peter Lang, 1988.
9. Makselon J.: Człowiek wobec śmierci aspekty psychologiczno-pastoralne, Kraków, WN Polskiej Akademii Teologicznej,, Kraków, 2005.
10. Krakowiak P.: Strata, osierocenie i żałoba poradnik dla pomagających i dla osób w żałobie, Via Medica Sp. z o.o, Gdańsk, 2008.
11. Trzecieniecka-Green A.: Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych, TAiWPN Universitas , Kraków, 2006.
12. Suchalla B.U.: Krisenintervention in der Schule, tłumaczenie: Wioleta Baraniak, www.schulreferate-online.de/80.html, data pobrania 20.09.2016
13. http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf, data pobrania 20.09.2016
14. http://www.wrzos.org.pl/projekt1.18/download/SIK_2601.pdf data pobrania 20.09.2016

Edukacja empatyczna – radzenie sobie z cierpieniem, śmiercią i żałobą innych

Konczelska Katarzyna

Doktorantka na Uniwersytecie SWPS we Wrocławiu

Wprowadzenie

Towarzyszenie innym ludziom w radzeniu sobie z bólem po stracie bliskich, cierpieniem, czy żałobą jest mocno obciążające.

Specjaliści pracujący w hospicjach z umierającymi pacjentami lub ich rodzinami, pomagacze pracujący z żałobą często borykają się z własną bezradnością, złością a także lękiem przed śmiercią. Brak zadbania o siebie może skutkować różnymi konsekwencjami – od wypalenia zawodowego, poprzez przybranie postawy obronnej w postaci odcięcia emocjonalnego od cierpienia innych a na problemach zdrowotnych, także natury psychicznej, skończywszy. Krótkoterminowo można wiele. Jednak w dłuższym czasie, stale pracując w tak obciążających warunkach, niezbędna staje się odpowiedzialność i dojrzałość pracownika, która bezpośrednio związana jest z umiejętnością zatroszczenia się o siebie, skorzystania z dostępnych form profilaktyki lub pomocy.

Rola personelu medycznego w doświadczaniu bólu i cierpienia przez pacjentów

Wsparcie emocjonalne zapewniane przez personel medyczny jest istotne ze względu na wpływ czynników psychologicznych na odczuwanie bólu. Wskazuje się, że "reakcja na ból zależy głównie od obrazu choroby, jaki ma chory i wyobrażeń z nią związanych" oraz "gorsza tolerancja na ból, która jest wyraźnie skojarzona z występowaniem negatywnych emocji, takich jak przygnębienie, depresja, gniew, lęk". Prowadzi to do problemów w rozróżnieniu objawów związanych z bezpośrednim odczuwaniem bólu od objawów, które wynikają z lęku, co wiąże się również z fizyczną manifestacją objawów psychologicznych poprzez przyspieszenie akcji serca czy zwiększenie napięcia mięśni. Percepcja bólu w wielu przypadkach przyczynia się do problemów z jego opanowaniem. W związku z tym wyróżniono schemat korelacji między czynnikami emocjonalnymi a odczuwaniem bólu: ból

wywołuje lęk, lęk zwiększa odczucie bólu (obniżą próg tolerancji na ból), silniejszy ból wywołuje silniejszy lęk, im dłużej trwa lęk, tym dłużej trwa ból (i odwrotnie) [1].

Jednym z wyzwań, które stoją przed personelem medycznym, który zajmuje się osobą umierającą jest umiejętność rozróżnienia między smutkiem, a depresją. Ze względu na podobieństwa między depresją, a naturalnym stanem rozpaczy, która odczuwany jest przez umierającego pacjenta kwestia ta staje się problematyczna. W tym przypadku zwraca się uwagę, że przy depresji smutek jest nieprzerwany, umiejętność odczuwania nawet krótkotrwałej przyjemności zanika. Przy charakteryzowaniu personelu medycznego, który zajmuje się umierającymi pacjentami zwraca się uwagę przede wszystkim na profesjonalizm, troskę, komfort i komunikację. Profesjonalizm pomaga w ograniczeniu strachu a tym samym pozwala na jak najlepszą realizację programu leczenia. Umiejętności lekarzy i pielęgniarek skupiają się na możliwości ograniczenia bólu i ocenie stanu psychicznego pacjenta. Wiedza i szczegółowy plan działania są dla umierających pacjentów źródłem komfortu psychicznego. Bardzo często przestrzega się personel medyczny przed nadmiernym zaangażowaniem w troskę o pacjenta. Jednakże należy pamiętać, że empatia jest konieczna w celu udzielenia odpowiedniej pomocy. Pacjenci i ich rodziny mogą mieć skłonności do unikania tematu śmierci, ale ważne jest aby pomóc im rozpocząć tę dyskusję, rozmawiać o strachu, stworzyć im warunki, które pozwolą na zbliżenie się pacjentów i rodzin. Zapewnienie komfortu pacjentowi jest kluczowym elementem opieki. Można osiągnąć go poprzez stosowanie odpowiedniej terapii, która pozwoli zminimalizować odczuwany ból oraz zadbać o otoczenie, w którym pacjent ma spędzić swoje ostatnie dni. Jeśli chodzi o komunikację najważniejszą kwestią jest stworzenie warunków, w których personel medyczny skupia się przede wszystkim na słuchaniu pacjenta. Znajomość procesu żałoby pozwala za zidentyfikowanie na jakim etapie jest zarówno pacjent jak i jego rodzina. Dzięki temu możliwa jest skuteczniejsza pomoc w zrozumieniu sytuacji, w której się znajdują a tym samym umożliwienie im szybszego i łatwiejszego uzyskania spokoju oraz opanowania emocjonalnego cierpienia. W badaniach, w których uczestniczyli umierający pacjenci zauważono, że niezależnie od rodzaju choroby wskazywano na bardzo podobne umiejętności personelu medycznego, które ułatwiły ludziom radzenie sobie ze zbliżającą się śmiercią. Umiejętności te dotyczyły wymienionych powyżej obszarów. Zauważono jednak, że rodzaj choroby oznaczał czasami, że niektóre aspekty stawały się ważniejsze. W przypadku AIDS możliwość kontrolowania bólu była kluczową kwestią, pacjenci chorzy na raka potrzebowali bardziej wsparcia psychicznego, które pozwoliłoby im na zachowanie nadziei [2].

Jacek Łuczak, Aleksandra Kotlińska-Lemieszek [3] opisując kwestię opieki paliatywnej wymieniają kolejne "*zaniedbania ze strony personelu medycznego, które wiążą się z niewłaściwym komunikowaniem się, medykalizacją (ograniczeniem się do somatycznego aspektu choroby z pomijaniem potrzeb psychosocjalnych i duchowych), niedostatkami w szkoleniu w zakresie opieki/medycyny paliatywnej, niedostępnością całodobowej opieki paliatywnej, brak wsparcia dla rodziny dodatkowo nasilają cierpienia chorych i ich rodzin*".

Opieka nad osobami bliskimi chorego jest istotna ze względu na ogromny i destrukcyjny wpływ jaki choroba ma na życie osób w jego świecie. Ludzie bliscy współodczuwają ból członka rodziny czy przyjaciela. Poza ciężarem emocjonalnym jakim jest świadomość nieuchronnej śmierci kochanej osoby, istotne również są inne czynniki wpływające na obniżenie komfortu psychicznego osób bliskich, do których zaliczyć można wyczerpanie fizyczne związanie z opieką nad chorym, obciążenie finansowe związane z leczeniem czy ilość potencjalnych konfliktów, które mogą narastać w odniesieniu do decyzji, które muszą zostać podjęte w trakcie leczenia oraz życia po śmierci chorego. Ponadto należy zwrócić uwagę, że zły stan psychiczny osób bliskich ma negatywny wpływ na samopoczucie chorego. Wskazuje się na konieczność zapewniania im przez personel medyczny informacji, które pozwolą na radzenie sobie z sytuacją. Komunikacja między umierającym, jego bliskimi a personelem medyczny jest podstawą do stworzenia godnych warunków umierania i radzenia sobie z traumą. Tendencja do ograniczania ilości czasu poświęconej na szkolenie w zakresie podejścia psychologicznego przy opiece paliatywnej może skutkować nieodpowiednią reakcją lekarzy ("nadmierną otwartością, uchylaniem się od odpowiedzi, uciekaniem się do ogólników lub uparcie kontynuować uporczywą terapię, która nie przynosi żadnych rezultatów, a nawet szkodzi choremu"), która przyczynia się do zwiększenia poziomu odczuwanej traumy [3].

Brak wiedzy w tym zakresie może skutkować także konsekwencjami obciążającymi personel medyczny (zwiększone ryzyko wypalenia zawodowego, zaburzenia psychosomatyczne i inne).

Przy analizie wpływu zbliżającej się śmierci pacjenta przez jego męża lub żonę bierze się pod uwagę siedem zmiennych: stopień zaawansowania choroby, to jak pacjent radzi sobie z sytuacją, płeć małżonka, wiek małżonka, charakter małżonka, kontakt między małżonkami, to jak rodzina radzi sobie z chorobą pacjenta. Wraz z pogarszaniem się stanu pacjenta zwiększa się dystres psychiczny jego najbliższych. Niemożliwe jest zweryfikowanie czy intensywniejsze przeżywanie choroby bliskiej osoby i rosnąca ilość doświadczanych objawów psychosomatycznych związana jest ze wzrostem ilości obowiązków czy samą świadomością

nieuchronności nadchodzącej śmierci. Zauważa się również, że poziom przywiązania między partnerami jest proporcjonalny do odczuwanego przez nich smutku i bólu. Dostrzeżono między innymi, że w przypadku pacjentów z rakiem piersi poziom dystresu był bardzo podobny u pacjenta i jego małżonka [4].

Zawody wymagające większego zaangażowania emocjonalnego z drugim człowiekiem są potencjalnie źródłem większego stresu. Zaangażowanie w tym kontekście jest rozumiane jako zaangażowanie empatyczne i zaangażowanie konfrontacyjne. Zaangażowanie empatyczne definiowane jest jako "wczucie się w sytuację pacjenta, stan jego zdrowia, trudności wynikające z choroby, ewentualne empatyzowanie z rodziną chorego." Zaangażowanie konfrontacyjne rozumiane jest poprzez "konieczność kontaktu z pacjentami roszczeniowymi, będącymi pod wpływem środków psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, dopalacz), agresywnymi czy poczucie społecznej niesprawiedliwości (konieczność niezwłocznego wykonania szeregu drogich badań pacjentowi pochodzącemu z „marginesu społecznego" przy jednoczesnej pełnej świadomości, że ludzie „normalni" muszą oczekiwać na takie badania miesiącami). W badaniach dotyczących natężenia stresu i sposobów radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego Michał Bartczak i Maria Bartczak [5] wykazali, że studenci studiów dziennych przeżywali stres w najbardziej intensywny sposób. Autorzy wskazują, iż może się to łączyć z małym doświadczeniem życiowym i brakiem wykształcenia mechanizmów pozwalających na radzeniem sobie z chorymi. Rozwiązanie problemów wymaga od studentów znacząco wyższego zaangażowania zasobów emocjonalnych w porównaniu do osób doświadczonych. Doświadczony personel medyczny miał wykształcone strategie do unikania sytuacji stresowych, studenci byli mało skupieni na wpływie swoich decyzji zawodowych na własne zdrowie psychiczne [5].

Wskazuje się na ogromne znaczenie wykształcenia samoświadomości i umiejętności rozpoznawania własnego stanu psychicznego i emocjonalnego przez lekarzy. "*Lekarz, który u siebie czegoś nie widzi, nie widzi tego również u swego pacjenta lub widzi to w formie przesadnej, i wymaga on od pacjenta tego, do czego sam skłania się w sposób niekontrolowany, potępiając u innych to, co surowo osądza u samego siebie*" [6].

Lekarze powinni mieć również świadomość, że proces leczenia związany jest ze współuczestniczeniem w nim razem z pacjentem [6]. Zrozumienie własnej psychiki pozwala na łatwiejszy kontakt z pacjentem, pomaga w zrozumieniu jego zachowania, a tym samym dobrania odpowiedniego podejścia w trakcie terapii. Wykształcenie zaufania prowadzi do zwiększenia poczucia bezpieczeństwa u pacjenta i większej wiary w skuteczność i celowość

jego decyzji. Ma to szczególne znaczenie w sytuacjach, w których "pacjent może zdobyć poczucie bezpieczeństwa wewnętrznego jedynie dzięki pewności wynikającej z jego stosunku do osoby lekarza jako człowieka." [6]

Ważne jest, aby spróbować zrozumieć śmierć z perspektywy pacjenta [7]. Brać udział w terapii z nim, nie traktować leczenia jako proces jednostronny, w którym lekarz funkcjonuje jako osoba, która udziela pomocy, a nie współuczestniczy w procesie leczenia. Lekarz, który zajmuje się umierającym pacjentem musi być przygotowany na to, że możliwe jest doświadczenie traumy. Świadomość ta jest o tyle konieczna, ponieważ opuszczenie pacjenta w trakcie leczenia jest wyjątkowo ciężka dla umierającej osoby. Dlatego też cały personel medyczny powinien dysponować wiedzą dotyczącą stanu emocjonalnego, który pojawia się w sytuacji zbliżającej się śmierci [7].

Przy omawianiu postawy pielęgniarek w momencie konfrontacji ze śmiercią pacjentów wyróżnia się czynniki, które ją determinują: emocje, doświadczenia i zachowania. Postawy mogą być zarówno negatywne, co widać w "*przedmiotowym traktowaniu pacjenta i ignorowaniu jego potrzeb*" i jak pozytywne, co przejawia się w zachowaniu, które charakteryzuje się "*całościowym zaspokajaniem potrzeb chorego i poszanowaniem jego praw*." Zauważa się również możliwą intensyfikację przeżywanego obciążania psychicznego zależnie od: tego czy to pierwszy kontakt danej osoby z umierającym pacjentem, wieku pacjenta, poziomu więzi emocjonalnych między pielęgniarką a pacjentem. W badaniach przeprowadzanych przez Monikę Slezionę i Dominika Krzyżanowskiego [8] na grupie 120 pielęgniarek i pielęgniarzy wskazano na to, jak dużym obciążeniem psychicznym jest kontakt z osobami umierającymi i ich rodzinami. Badani mówili o potrzebie wsparcia w radzeniu sobie z sytuacją, kiedy muszą opiekować się osobą umierającą. W związku z tym istnieje duża potrzeba kształcenia z zakresu psychologii, co umożliwi personelowi medycznemu na wykształcenie u siebie sposobów na radzenie sobie z sytuacjami tego typu na poziomie emocjonalnym oraz umożliwi odpowiedni poziom wsparcia psychicznego swoim pacjentom i ich bliskim. Wskazuje się również na to, jak duży wpływ na stworzenie choremu warunków do godnego umierania mają pielęgniarki i pielęgniarze oraz to, jak ich postawa i zachowanie mogą prowadzić do "zmniejszenia cierpienia pacjenta i przyczynia[ją] się do jego spokojnego odejścia." [8]

Za najtrudniejszy aspekt pracy z umierającym pacjentem uważane jest "*konfrontowanie się ze śmiercią, z własną bezradnością wobec niej*" [9]. Bezpośredni kontakt z osobą, która jest bliska śmierci oznacza świadomość, że konkretny pacjent ze swoimi przyzwyczajeniami, rodziną, marzeniami odchodzi. Radzenie sobie z tą sytuacją

wymaga odpowiednich wykształconych schematów zachowań, które pozwalają na minimalizowanie traumy związanej z opieką nad osobą umierającą. Jednakże nawet korzystanie z nich nie pozwala na całkowite odseparowanie się od myśli dotyczących cierpienia, sensu życia i kwestii śmiertelności. Opieka nad umierającym pacjentem to zarówno pomoc w objawach fizycznych jak i emocjonalnych. Należy zwrócić uwagę, że pomoc psychologiczna w większości przypadków jest krótkoterminowa, dlatego też nawiązuje się w niej do zasad interwencji kryzysowej. Dorota Gołąb [9] w swojej pracy dotyczącej pomocy psychologicznej w opiece paliatywnej opisuje postępowanie w sytuacjach tego typu w tej kolejności: "*podkreślamy naturalny charakter przeżywanych przez chorego emocji, a organizowana pomoc pochodzi ze strony różnych specjalistów: lekarzy, psychologów, pracowników socjalnych, prawników, osoby duchownej, grup wsparcia*." W pracy z chorym można odwoływać się również do terapii, która skoncentrowana jest na poszukiwaniu sensu. Cierpienie może być minimalizowane poprzez kontakt ze sztuką czy przyrodą. [9]

Pomoc śmiertelnie chorym pacjentom rozpatrywana jest poprzez cztery aspekty: pomoc w zakresie psychologicznym i duchowym, ocena i leczenie problemów psychicznych, zapewnienie jak największego komfortu, opieka nad personelem medycznym i osobami bliskimi [2].

Jeśli chodzi o pomoc psychologiczną rozmowa z pacjentem pozwala na ujawnienie problemów w zakresie kwestii psychologicznych, społecznych czy duchowych [2]. Pozwala również na skłonienie pacjenta do refleksji nad tym, co chce osiągnąć w trakcie czasu, który mu pozostał. Zrozumienie sposobu w jaki pacjent radzi sobie z chorobą prowadzi do lepszego ukierunkowania prowadzonej terapii [2].

Śmiertelnie chorzy pacjenci często cierpią na choroby psychiczne [2]. Istotną kwestią jest traktowanie ich jako wyleczalnych, a nie zaliczać ich automatycznie jako kolejne, oczekiwane objawy zdiagnozowanej śmiertelnej choroby. Leczenie chorób psychicznych w tych wypadkach nie powinno odbiegać za bardzo od leczenia tych samych chorób u osób, które są fizycznie zdrowe [2].

Różnice w terapii powinny być jednak wprowadzane w odniesieniu do czasu, który pozostał choremu oraz do przyjmowanych leków. Identyfikacja fizycznego bólu pozwala na zwiększenie komfortu pacjenta [2].

Jednakże należy pamiętać, że komfort nie ogranicza się tylko do kontrolowania bólu fizycznego. Zachowanie odpowiedniej higieny, zapewnienie odpowiednich posiłków również pozwala na polepszenie humoru oraz zachowanie godności.

Ostatnią kwestią jest opieka nad personelem medycznym oraz bliskimi osobami. Lekarze mogą czuć się bezsilni ze świadomością braku możliwości pomocy umierającej osobie. Może prowadzić to do odczuwania złości, które skierowana jest na nich samych ze względu na niewykrycie choroby wcześniej lub dotyczyć rodziny chorego lub samego chorego, jeśli został on za późno skierowany do leczenia. Spotkania z psychologiem pozwalają lekarzom na rozpoznanie przeżytej traumy oraz dzielenia się swoimi odczuciami zarówno z pacjentem jak i swoimi współpracownikami. Konsultacja z psychologiem ważna jest również dla członków rodziny, którzy muszą radzić sobie ze zbliżającą się śmiercią ukochanej osoby. Pomoc rodzinie jest znacznie łatwiejsza, jeśli możliwe jest obserwowanie bezpośredniej interakcji między osobami bliskimi a chorym. Celem terapii w tym wypadku jest ograniczenie poczucia winy, które odczuwają przyjaciele i członkowie rodziny pacjenta. [2]

Zwraca się szczególną uwagę na to jak ważna jest postawa personelu medycznego, czy psychologa w lepszym radzeniu sobie z bólem, cierpieniem, śmiercią czy żałobą bliskich [10]. Znacznie trudniej dotrzeć do prac, w których analizuje się problematykę personelu medycznego, psychologów czy wolontariuszy, którzy na co dzień pracują ze śmiercią.

Stroebel zwrócił uwagę na możliwości, którymi dysponuje personel medyczny w zakresie kontroli sytuacji stresowych. Stworzył tzw. odruch wyciszania, który składa się ze zbioru technik, tworzących procedurę mającą "*na celu uwarunkowanie jednostki w taki sposób, by reagowała na stresor za pomocą relaksacji zamiast zwiększania napięcia*". Coraz częściej pracodawcy organizują treningi, które mają pomóc pracownikom w zmaganiu się ze stresem. W trakcie szkoleń podstawą jest nauczenie rozróżniania między aspektami sytuacji stresowej, które są do kontrolowania i tymi, których kontrolować nie można, osoby partycypujące w treningu mają wprowadzić zmiany w swoim sposobie postępowania. W wielu przypadkach są to pomysły sprzeczne ze sposobami walki ze stresem preferowanymi przez pracowników. Zakładają oni, że pomocą w kontroli stresu byłoby stworzenie bardziej stabilnych warunków pracy poprzez modyfikację istniejących umów a nie techniki, które mają pozwolić na wykształcenie odpowiednich reakcji emocjonalnych na stres. [10]

Prowadząc wykłady w śląskich szpitalach poświęcone pracy z rodzicami po śmierci dziecka (czerwiec-lipiec 2016 r. w trakcie realizacji zadania publicznego współfinansowanego ze środków Urzędu Marszałkowskiego w Katowicach) napotkałam się z pytaniami zadanymi wprost przez część personelu medycznego. Były to pytania różnej natury, mieszczące się w obrębie problematyki egzystencjalnej, profilaktyki zdrowia psychicznego czy ograniczeń systemowych w różnych miejscach pracy. Jak radzić sobie z

własnym lękiem? Jak chronić siebie przed porażającym poczuciem bezradności w obliczu tak wielkiego ludzkiego cierpienia? Co zrobić, by po latach pracy nadal potrafić skupiać się na człowieku? Jak radzić sobie gdy system (biurokracja, przepisy, oczekiwania ze strony pracodawców) nie sprzyja towarzyszeniu pacjentowi w tej trudnej drodze? Rozmawiając z pielęgniarkami, położnymi, wolontariuszami czy niektórymi lekarzami uzmysłowiłam wagę problemu. Osoby, które pracują ze śmiercią często nie są do tego odpowiednio przygotowane. Nikt ich nie edukował jak mają rozmawiać, co robić, czego absolutnie nie mówić. Nie są też edukowani jak zadbać o siebie – o swoje zdrowie psychiczne, swój komfort pracy, czy jak chronić siebie przed wypaleniem zawodowym. Spora część postępuje zupełnie intuicyjnie, zgodnie ze swoim sumieniem, wiarą, umiejętnościami jakie posiada. Część osób ponosi znaczne koszty, które zwracane są tylko w postaci poczucia „dobrze wykonanej pracy". Na jak długo to wystarczy – to bardzo indywidualna sprawa. Usłyszałam o różnych sposobach radzenia sobie – mniej lub bardziej efektywnych. Jednak to, co najbardziej zwróciło moją uwagę, to pozostawienie pomagaczy samych sobie z konsekwencjami tak trudnej (emocjonalnie i fizycznie) pracy.

Nancy Mc Wiliams [11] pisała, że dobry terapeuta to taki, który potrafi się dostosować do pacjenta, niejako wejść do jego świata. Jest plastyczny i empatyczny. Autorka pisze, że aby spełnić powyższe, należy zadbać o potrzeby własne w zakresie id, ego i superego. Dopiero wtedy, gdy wyrazimy należytą troskę wobec samych siebie, możemy odpowiedzialnie pracować z innymi ludźmi [11].

Istotne jest, by pracując ze śmiercią skonfrontować się z własnym lękiem. Gdy mówi się o śmierci dziecka, bardzo często inni rodzice mówią, iż nie przeżyliby gdyby ich dziecku coś się stało. Co ciekawe takie komentarze często padają podczas rozmowy z osieroconymi rodzicami: „*jesteś bardzo silna. Ja bym tego nie przeżyła…*", „*Tak bardzo ci współczuję. Gdyby to moje dziecko umarło, chyba bym się zabiła…*" Takie słowa – choć wypowiadane w dobrej wierze, z myślą, by wskazać osieroconym rodzicom, iż rozumiemy jak wielka tragedia ich spotkała, często potęgują ból i poczucie winy u osieroconych. Oni jednak żyją i mimo, iż niejednokrotnie pragną śmierci – trwają w swojej żałobie, bólu i cierpieniu. Osoby pomagające innym w radzeniu sobie z terminalną chorobą, bólem fizycznym i psychicznym a także żałobą, muszą być świadomi swojej własnej śmiertelności. Kontakt ze śmiercią, współtowarzyszenie pacjentom w chorobie terminalnej często powoduje współodczuwanie uczuć i emocji pacjenta, przeżywanie złości, doświadczenie lęku czy bezradności. W pierwszej kolejności istotna jest świadomość tego jaki mam stosunek do śmierci? Czym dla mnie jest życie? Dość często osoby zaczynające pracę na oddziale hematologii dziecięcej lub

z osieroconymi rodzicami zaczynają mieć lęki o swoje dzieci. Częstym objawem są zaburzenia snu czy koszmary senne a także *flash back-i,* odtwarzanie kontaktu z pacjentami w domu. Takie sytuacje są bardzo trudne. Zazwyczaj uruchamiają się mechanizmy obronne, które potęguje chęć bycia „profesjonalistą". Pomagacze, pracownicy szpitala czy wolontariusze nie chcą się przyznać, że dana sytuacja jest dla nich trudna. Łatwiej jest udawać, że nic się nie dzieje, niż zatroszczyć się o siebie. Kluczowym w takiej sytuacji jest skonfrontowanie się z tymi myślami, czy to podczas własnej superwizji, czy (w razie potrzeby) w terapii własnej. Tylko w ten sposób możliwe jest oddzielenie od siebie lęków własnych od lęków pacjenta odczuwanych w postaci przeciwprzeniesienia. Dojrzałość osoby pomagającej (lekarza, psychologa, pielęgniarki czy wolontariusza) sprzyja lepszemu radzeniu sobie z bólem przez pacjentów.

Analizując czynniki ułatwiające radzenie sobie z bólem, cierpieniem, śmiercią czy żałobą innych osób wyszczególniłam kilka aspektów, które mogą być pomocne.

Superwizja pracy własnej, czyli metaanaliza wykonywanej pracy, powinna być wręcz obowiązkowa dla psychologów. Wciąż jednak korzystają z niej tylko ci bardziej odpowiedzialni lub psychoterapeuci. Analizowanie pracy własnej pod okiem bardziej doświadczonego specjalisty znacznie poprawia komfort pracy oraz daje szanse na otrzymanie konstruktywnych informacji zwrotnych. Dzięki temu pewne zachowania czy odczucia mogą ulec normalizacji. Minimalizuje się też ryzyko popełnienia błędu, niewłaściwego kontaktu czy pracy z pacjentem, z którym ze względów osobistych, dana osoba pracować nie powinna.

Spotkania zespołu – omawianie przypadków. Bardzo cenne i wspierające mogłyby być wspólne spotkania zespołu pracującego na danym oddziale. Omawianie potrzeb pacjenta, sytuacji, które miały miejsce w pracy, ustalenie zasad rozmowy z najbliższymi i wspieranie osób, które będą wykonywały najtrudniejsze zadania, byłoby dobrą profilaktyką dla każdej osoby pracującej ze śmiercią. Podstawą musiałoby być zaufanie w zespole, oraz zapewnienie poufności przekazywanych informacji. Drugą, niemniej ważną kwestią, byłoby wypracowanie odpowiedniego sposobu komunikacji – opartego na podstawie tzw. „języka serca" czy „żyrafy" czyli Porozumienia bez Przemocy [12] . Takie zespoły przynajmniej w początkowej fazie powinny być prowadzone pod okiem profesjonalisty (superwizora, psychologa czy psychoterapeuty). Głównie dlatego, by efekt końcowy był związany ze wzmacnianiem poczucia kompetencji zespołu, a nie negowaniem ich metod pracy.

Aktywność fizyczna, czyli stwarzanie możliwości odreagowania dużego napięcia. Kontakt ze śmiercią nieuchronnie wiąże się z trudnymi, często bardzo silnymi emocjami. Każda emocja, która jest nieprzeżyta, pozostaje w ciele człowieka. Stąd jednym ze sposób na

rozładowanie napięcia jest wysiłek fizyczny. Trzeba mieć na uwadze, że sam wysiłek fizyczny może nie rozwiązać nawarstwiających się problemów (np. natury emocjonalnej, psychicznej), jednak chroni organizm przed niektórymi objawami psychosomatycznymi.

Relaksacja – ćwiczenia mające na celu odprężenia ciała po obciążającym kontakcie z pacjentem lub rodziną. Kolejną metodą ułatwiającą radzenie sobie z pracą ze śmiercią jest umiejętność wprowadzania siebie w stan relaksacji. Celowe wyciszanie organizmu jest cenną umiejętnością chroniącą ciało przed skutkami kontaktu ze stresem czy lękiem. Ćwiczenia oddechowe czy medytacja są bardzo skuteczne. Pomagają powrócić do stanu równowagi w organizmie. Działają profilaktycznie, chroniąc pomagaczy przed skutkami trudnej pracy, także przed wypaleniem zawodowym. Między innymi prof. Rony Berger, światowej sławy terapeuta pracujący ze skutkami traumy, w swoich warsztatach zwracał uwał uwagę na biologiczne aspekty odpowiednich ćwiczeń oddechowych, które pomagają systemom obronnym organizmu powrócić do stanu równowagi [13, 14]. Stanowi to ważny element w pracy nad przewlekłym stresem, lękiem czy traumą, często bazowy, czyli dający podstawy do dalszej, np. psychologicznej czy terapeutycznej, pracy z objawem.

Wrażliwość na sygnały płynące z ciała – bóle głowy, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, szybsze bicie serca, trudność z zasypianiem, częste wybudzanie, koszmary nocne, zaburzenia psychosomatyczne, tiki nerwowe – sygnały świadczące o dużym przeciążeniu układu nerwowego. Istotne jest, by nie bagatelizować tego, co się dzieje z naszym ciałem. Każda zmiana funkcjonowania, która utrzymuje się jakiś czas, powinna być poddana analizie. Włączenie aktywności fizycznej, różnych metod relaksacji, czy korzystanie ze stałej superwizji minimalizuje ryzyko przeciążenia układu nerwowego czy doprowadzenia do zaburzeń. Jeżeli jednak te metody nie są skuteczne lub przestały być wystarczające, konieczne jest poddanie się procesowi psychoterapii.

Terapia własna. Często personel medyczny czy pomagacze uważają, iż terapia jest dla pacjentów lub dla osób chorych psychicznie. Nic bardziej mylnego. Osobiście jestem zdania – za Irvinem Yalomem że każdy pomagacz powinien przejść terapię własną. [15]– Najlepiej zanim zacznie pracować z innymi ludźmi. Dlaczego? Otóż istotna jest znajomość siebie, swoich stanów emocjonalnych, potrzeb, lęków i ograniczeń. Każdy człowiek boryka się z różnymi doświadczeniami własnymi – lepszymi i gorszymi. Każdy ma jakiś stosunek do śmierci. Świadomość tego pozwala na dojrzałą relację z drugim człowiekiem. Dzięki takiej wiedzy zdecydowanie łatwiej jest oddzielić ból pacjenta od swojego bólu i radzić sobie z pracą z nawet najtrudniejszymi sytuacjami naszych pacjentów.

Umiejętność wyznaczania granic zarówno w pracy indywidualnej jak i grupowej. Troska o siebie powinna być równie ważna jak troska o dobro pacjenta. To jak w sytuacji awarii samolotu – w pierwszej kolejności maski tlenowe rodzic zakłada sobie, a dopiero później dziecku. Taka kolejność zwiększa prawdopodobieństwo uratowania obojga. Nieprzytomny rodzic nie tylko nie pomoże sobie ale także odbierze możliwość udzielenia pomocy swojemu dziecku. Poraniony, przepełniony lękiem pomagacz tylko pogłębi trudności pacjenta lub sam przyczyni się do powstania dodatkowej traumy u pacjenta lub jego bliskich.

Gdy pracujemy z bólem drugiego człowieka, ze śmiercią, może się pojawić myśl, że to dla danej osoby (pacjenta) za dużo do zniesienia. Zachęcam do głębokiej wiary w umiejętność pacjenta do poradzenia sobie z tym cierpieniem. Wiara personelu medycznego i pomagaczy dodaje siły i wiary osobom cierpiącym.

Zadbanie o swoje potrzeby zanim zacznie się dbać o potrzeby innych, zwiększa szanse na efektywniejsze udzielanie pomocy i ochronę siebie przed negatywnymi skutkami kontaktu z traumą i cierpieniem innych ludzi. Praca ma szanse być satysfakcjonującą znacznie częściej, co będzie miało ścisły związek ze wzrostem satysfakcji z życia i pełnionej funkcji zawodowej.

Warto pamiętać, że jako ludzie mamy zasoby, by poradzić sobie z trudnymi sytuacjami.

Często ogromne cierpienie lub kontakt z cierpieniem innych, może stać się podwaliną do zmiany a nawet rozwoju.

Działania systemowe, praca zespołowa, zmiana nastawienia do procesu terapeutycznego, otwartość na siebie i innych, zwiększa szanse nie tylko personelu medycznego na ochronę przed negatywnymi konsekwencjami obciążającej pracy, ale także zwiększa szanse pacjentów na bardziej empatyczny kontakt i język serca w najtrudniejszych dla nich sytuacjach życiowych.

Dojrzałość pracowników medycznych oraz pomagaczy manifestuje się przez umiejętność zatroszczenia się o siebie w pierwszej kolejności, by następnie móc dalej pomagać innym.

Piśmiennictwo

1. Krzyżanowski D., Słupski W., Szwat B.: Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. Piel. Zdr. Publ., 2011, 1, 35–41.

2. Huffman J., Stern T.: Compassionate Care of the Terminally Ill. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2003, 5(3), 131–136.
3. Kotlińska- Lemeszek A., Łuczak J.: Opieka paliatywna/hospicyjna/medycyna paliatywna. Nowiny Lekarskie, 2011, 80, 1, 3–15.
4. Blanchard C.: The Crisis of Cancer: Psychological Impact on Family Caregivers. Oncology Journal, 1997, 2.
5. Bartczak M., Bartczak M. Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie ze stresem u ratowników medycznych i studentów ratownictwa medycznego.
6. Jung C.: Praktyka Psychoterapii. Wydawnictwo KR, Warszawa, 2013.
7. Cramond W.: The psychological care of patients with terminal illness. University of Leicester.
8. Krzyżanowski D., Sleziona M.: Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. Piel. Zdr. Publ. 2011, 1, 3, 217–223.
9. Gołąb D.: Trudne sytuacje w opiece paliatywnej –możliwości pomocy psychologicznej. Psychoonkologia, 2013, 4, 151–155.
10. Radmacher S., Sheridan C. : Psychologia Zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 1998.
11. McWilliams N.: Psychoterapia psychoanalityczna, 2011.
12. Rosenberg M.: Porozumienie bez Przemocy. O języku serca. Czarna Owca, Warszawa, 2014.
13. Berger R., Gelkopf M., Heineberg Y.: A Teacher-Delivered Intervention for Adolescents Exposed to Ongoing and Intense Traumatic War-Related Stress: A Quasi-Randomized Controlled Study. J. Adolescent Health, 2012, 51, 453– 461.
14. Berger R., Gelkopf M.: School-Based Intervention for the Treatment of Tsunami-Related Distress in Children: A Quasi-Randomized Controlled Trial. Psychother Psychosom, 2009, 78, 364–371.
15. Yalom I.: Dar Terapii. List otwarty do nowego pokolenia terapeutów i ich pacjentów. Instytut Psychologii Zdrowia, 2012.

Dzieci, śmierć, żałoba

Nawrocka Joanna[1,2]

1. Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku,
2. Uniwersytet Humanistycznospoleczny Wydział Zamiejscowy w Sopocie

Wprowadzenie

Żałobę kojarzymy ze światem dorosłych, ale śmierć i związana z nią żałoba dotyczy i dotyka także dzieci. Przeżywają żal i ból. Gdy umiera rodzic lub opiekun, niepokoją się przyszłością, pełne obaw o to, kto się nimi teraz zaopiekuje. Gdy śmierć zabiera rodzeństwo, doświadczają głębokiego smutku, bo przecież wszystko miało być inaczej. Miały być zabawy i wycieczki, kłótnie i godzenie się, rywalizacja i wzajemne inspirowanie. Pełne złości obwiniają otoczenie i lekarzy o śmierć bliskich osób. Złość wydaje się najczęstszą emocją początkowej (i nie tylko) fazy żałoby. Jej pojawienie się jest zrozumiałe, przecież spotkała je krzywda i niesprawiedliwość. Nic dziwnego, że wykrzykują *„Dlaczego cierpię? Jak Bóg mógł na to pozwolić?”* Te emocje mają swoje funkcje. Smutek pozwala pogodzić się z nieodwracalną stratą. Dynamiczna złość daje energię i nie pozwala zastygnąć w bólu.

Podobnie jak u osób dorosłych. żałoba przeżywana przez dzieci nie jest krótkotrwałą reakcją, lecz długim procesem, tym dłuższym im starsze jest dziecko. Żałoba oznacza nie tylko stratę zmarłego, ale i stratę części siebie. Te dwa elementy wyznaczają proces żałoby, rozwijający się dwutorowo: opłakanie zmarłego i zbudowanie nowej tożsamości. Zdaniem Williama J. Wordena istnieją cztery zadania żałoby, a doświadczenie jej pełnego cyklu jest koniecznym warunkiem powrotu do świata [1]. Przeżywanie żałoby rozpoczyna się od uświadomienia nieodwracalności straty. Drugie zadanie żałoby polega na zaakceptowaniu bólu, trzecie – na przystosowaniu się do nowych okoliczności, czwarte – rozpoczęciu nowego życia z zachowaniem pamięci o osobie zmarłej. Ostatnie zadanie oznacza wycofanie emocji ze zmarłego.

Długie dzieciństwo jest wynalazkiem współczesności. Społeczności dawnych wieków nie znały go i traktowały dzieci jak małych dorosłych trenując je do przyszłych ról i czynności. Choć w krajach względnie zamożnych zwraca się uwagę na prawa dzieci

i przestrzega ich, nadal obserwuje się odmawianie dzieciom kompetencji lub przynajmniej przekonanie, że ich kompetencje są niewielkie. Jeśli ktoś powątpiewa, wystarczy krótkie przyjrzenie się wspólnym posiłkom. Dorośli pewni, że dziecko zagłodziłoby się lub poprzestało na śmieciowej żywności, kontrolują, co i w jakich ilościach ono je.

Oświeceni dorośli wiedzą, że dzieci dysponują pewnymi kompetencjami. Pod opieką, ale nie agresywną kontrolą dorosłych, potrafią poradzić sobie z trudnymi zadaniami i doświadczeniami. Nie inaczej jest z żałobą, która także dla dzieci może stanowić impuls do rozwoju.

Elisabeth Kübler-Ross i Janusz Korczak odwoływali się do kompetencji dzieci ujawniających się w najtrudniejszych chwilach. Przyzwalali na towarzyszenie osobom ciężko chorym i umierającym. Pomagali w procesie żałoby, niejednokrotnie ucząc się od dzieci. Obecnie tę samą postawę prezentują psychologowie i pedagodzy zaangażowani w edukację tanatologiczną i interwencje kryzysowe podejmowane wskutek śmierci.

Dzieci wobec śmierci i żałoby – wskazówki Elisabeth Kübler-Ross

Elisabeth Kübler-Ross uchodzi za pionierkę takiego sposobu rozumienia problematyki tanatologicznej, który oswajał ludzi z śmiercią i żałobą, przywracając wartościowość doświadczeniom, od których współczesność i kultura masowa chętnie się odwracają [2]. Kübler-Ross, jako lekarz psychiatra, zajmowała się wszystkimi, którzy doznawali bolesnej starty – czy to rychłej utraty życia w wyniku śmiertelnej choroby, czy śmierci bliskich osób i związanego z nią osierocenia. Interesowali ją nie tylko dorośli, ale także dzieci – i umierające, i przeżywające żałobę. Chętnie oddawała im głos, stosując w swoich tekstach narracje typu *storytelling*. W tym też zachowywała się niekonwencjonalnie, bo dyscypliny psychologiczne później doceniły narracje będące formą poznawczej reprezentacji rzeczywistości i wyrażające rozumienie świata i siebie.

Z perspektywy psychologicznej śmierć i żałoba, będące doświadczeniami świadomości i doświadczeniami egzystencjalnymi, wyzwalają intensywne emocje, które jednostka przeżywa często przez wiele tygodni i miesięcy. Kübler-Ross sklasyfikowała emocje na dwóch podstawach – ówczesnego stanu wiedzy psychologicznej i własnej praktyki terapeutycznej [3]. Zatem jej lista emocji różni się od tych, które kształtowały się w latach dziewięćdziesiątych.

Silvan Tomkins [4] uważał, że istnieje osiem podstawowych emocji: zainteresowanie/ekscytacja, zadowolenie/radość, zdziwienie/zaskoczenia, ból/cierpienie, niechęć/odraza, złość/wściekłość, wstyd/upokorzenie, lęk/groza. Chociaż Tomkins upominał się o naukową uwagę dla emocji od lat sześćdziesiątych, posłuch i zrozumienie znalazł trzy dekady później. Paul Ekman [5] i Caroll Izard [6] rozwinęli koncepcję Tomkinsa podkreślając, że emocje mają charakter uniwersalny i wyjątkowe właściwości. Są wrodzone i niezależne od kultury, chociaż sposoby ich wyrażania i style emocjonalne są implikowane przez kulturę zamieszkiwaną przez daną jednostkę. Emocje są wartościowe adaptacyjnie, jak również mobilizują organizm i motywują ludzi do działania. Wprawdzie nie ma zgody co do ostatecznej liczby emocji, ale od czasów Tomkinsa ich lista wydłużyła się: zainteresowanie, zadowolenie, zaskoczenie, smutek, złość, odraza, pogarda, lęk, poczucie winy, wstyd, nieśmiałość, niechęć do siebie [6], duma. Psychologowie praktycy raczej listę skracają, zaliczając do podstawowych emocji złość/gniew, smutek, strach/lęk, zadowolenie, zazdrość, [7].

Autorka *Rozmów o śmierci i umieraniu* była bodajże jedyną osobą, która do skróconej listy emocji włączyła miłość [3], co wiele mówi o niej samej. Uważała, że ludzie rodzą się z naturalną zdolnością odczuwania smutku, gniewu, zazdrości, miłości i lęku przed upadkiem z wysokości i niespodziewanym hałasem. Podkreślała, że ten rodzaj lęku ma charakter adaptacyjny i jest naturalną ochroną organizmu. W innych rodzajach lęku widziała objawy psychopatologiczne, choć nie używała tak mocnego sformułowania.

Jeśli otoczenie zwraca uwagę na uczucia dzieci i pozwala na przeżywanie emocji, tworzy bezpieczną przestrzeń rozwoju. Tworzyć bezpieczną przestrzeń dla rozwoju oznacza, że otoczenie nie koryguje emocji i nie ingeruje w nie. Dorośli nie instruują „nie bądź beksa", ale pozwalają dzieciom opłakać krzywdy i rany. Nie indukują dzieci lękami przed porażką, sukcesem, zmarszczkami, otyłością lub odrzuceniem, zdając sobie sprawę z „fikcyjnego" statusu. W zazdrości widzą inspirację dla rozwoju, ponieważ dziecięcą zazdrość budzą umiejętności starszego rodzeństwa i innych osób z otoczenia. Dziecko dokłada starań, by stać się im równym. Rodzice i opiekunowie, którym zależy na kształtowaniu samodzielności dziecka, akceptują jego sprzeciw. Kara za odmowę jest najkrótszą drogą do unicestwienia asertywności dzieci. Dzieci, które pozbawiono wyrażania gniewu, uczą się skutecznie ukrywać złość, ale nie nauczą się cenić samodzielnych wyborów. Będą skrywać pragnienie odwetu za doznane krzywdy, które kiedyś wybuchnie.

Przyzwalanie na uczucia zapobiega gromadzeniu się negatywnych emocji i przygotowuje dzieci do życia, również takiego, w którym pojawiają się poważne kryzysy związane ze śmiercią. Dzieci niezależnie od wieku mogą towarzyszyć umierającym bliskim. Mogą uczestniczyć w pogrzebie, ale ważne jest, by same tego chciały. Odgradzanie dzieci od śmierci może generować poczucie odrzucenia i bycia „niegodnym", niedojrzałym. Na trudne wydarzenia ludzie niezależnie od wieku reagują różnie. Ważne jest, by dorośli rozumieli, że agresja i bunt (zwłaszcza adolescentów) wobec umierania i śmierci kogoś z bliskich, stanowią formę obrony przed lękiem związanym ze stratą.

W zależności od etapu rozwojowego dzieci różnie odnoszą się do śmierci i prezentują różne wyobrażenia śmierci.

Małe dzieci nie boją się śmierci. Spontanicznie całują bliskiego zmarłego, jakby nie podlegały grozie śmierci i tabu zwłok. Starsze myślą o śmierci jako stanie przejściowym i podlegającym woli – „*możesz sobie umrzeć, bo nie chcesz się ze mną bawić, ale potem cię ożywię*".

Dzieci powyżej ósmego roku życia rozumieją, że śmierć ma charakter nieodwracalny. Kübler-Ross nie zastanawia się nad podstawami rozumienia i innych funkcji poznawczych, ale ich zaktywizowanie nie pojawia się przypadkowo.

Dopiero w tym wieku dzieci stają się zdolne do abstrakcyjnego myślenia i rozumienia związków logicznych.

Niezależnie od wieku, dojrzałości układu nerwowego, rozwoju poznawczego i emocjonalnego wszystkie dzieci najbardziej boją się rozłąki i opuszczenia, z którymi kojarzą śmierć i nieobecność bliskich. Na tych uczuciach powinni skupiać się osoby pracujące z dziećmi i wspomagające je w doświadczeniu żałoby.

Wszystkie dzieci mają także wystarczające kompetencje, by na swoją miarę rozumieć śmierć. Autorka przytacza wiersze, opowiadania, listy i notatki dzieci w żałobie oraz tych, które wiedzą, że umierają [3]. Opisuje aktywne uczestniczenie dzieci w pogrzebie lub aranżowanie części uroczystości z pomocą osób dorosłych. Dzieci we wzruszający sposób żegnają się ze zmarłymi, wkładając do ich trumien ulubione przedmioty i listy, w których piszą o swojej miłości do osoby zmarłej. Na swoją miarę i w niezwykle delikatny sposób potrafią opiekować się osobami umierającymi, rozwijając empatię i troskliwość. Choć nie obywa się bez cierpienia, dla niektórych dzieci strata staje się źródłem rozwoju, tak jak dla części dorosłych. Rozwój dokonuje się dzięki wykorzystaniu przez dzieci, tego co mają i nie oznacza koncentrowania się na tym, co niedostępne i nieobecne.

Gdy nic już zrobić nie można… – wskazówki Janusza Korczaka

Rozmyślając o swoich korzeniach Janusz Korczak przytacza rytuał ludowy [8]. Jego apotropeiczny charakter jest oczywisty dla uważnego czytelnika. Kiedy szalała epidemia i zawiodły wszystkie sposoby odwrócenia tragicznego losu, Żydzi zamieszkujący polskie ziemie, sięgali po ostatnią ofiarę przebłagalną. Niekrwawą i otwartą na nowe życie na przekór grozie. Najmniej znaczący – nędzarze, chorzy lub kalecy zawierali związek małżeński na cmentarzu. Małżeństwu wykluczonych błogosławił rabin, a wspólnota żydowska wyposażała materialnie małżonków, którzy w zwykłym czasie nie mieliby szans ani na zmianę losu, ani na nowe życie, choćby w obliczu śmierci.

Korczak nie wspomina, czy obrzęd skutecznie wygaszał zarazę, ale takie osoby uznaje za dalszych przodków. Może naprawdę przekazano mu traumę transgeneracyjną. Jeśli tak się rzeczy miały, to związana z traumą solidarność z cierpiącymi okazała się największym darem Korczaka dla innych, o czym świadczy jego życie.

W roku 1942, oprócz pracy w Domu Sierot, Korczak leczył – jak mógł w infernalnych warunkach – umierające dzieci w Głównym Domu Schronienia przy ulicy Dzielnej 39 w warszawskim getcie. Do tego miejsca przywożono zbierane z ulic osierocone dzieci. Resztki ocalałych dokumentów nie pozostawiają wątpliwości, że był to dom męki. „*Nieogrzewane pomieszczenia. Brak światła. Brak opału. Brak odzież. Kurtyna przerobiona na pieluchy, sukno z stołu konferencyjnego na dwa koce, flagi narodowe na bluzeczki. Brak leków. Odmrożenia. Owrzodzenia. Biegunka. Koklusz. Świerzb. Przede wszystkim głód”* [9].

Jednak i tu działy się rzeczy niezwykłe, których świadkiem był Stary Doktor. Wspominał, że przechodząc przez mroczne pomieszczenia, zatrzymał się przy łóżku małego pacjenta. Początkowo sądził, że dziecko leży chore i zapomniane przez innych. Kiedy stwierdził, że dziecko nie żyje, do sali weszło inne w wieku przedszkolnym i położyło na poduszce zmarłego chleb z marmoladą. Niezwykły dialog Korczak, na szczęście, zapisał.

– Po co mu to dajesz?

– Bo to jego porcja.

– Ale on już nie żyje.

– Ja wiem, że nie żyje.

– A skąd wiesz?

– No… przedtem miał otwarte oczy, a z nosa i ust puszczał takie bańki. Widzi pan, to mokre na poduszce to jego ślina. Bo potem zamknął oczy i już nie oddychał.

– *Więc po co położyłeś chleb?*

– *Bo to jego porcja* [10].

Stary Doktor widział w tym geście bezwzględną uczciwość istniejącą na przekór czasom tak strasznym, że człowiek chciał pamiętać wyłącznie o własnym przetrwaniu i zapomnieć o wszystkim, co mogłoby je zniweczyć. Nazywał ją *„uczciwością, która nie rozumuje* [10].

Myślę, że notując wspomnienie Korczak wprowadził je w świat. Jest teraz częścią świata tworzonego i dzielonego przez ludzi. Ilekroć będzie przywoływane, czytający lub słuchacz zobaczy małe dziecko tak wyraziste, że nie potrzebuje ono nawet imienia, którego zresztą Doktor nie znał. Przedszkolak przynosi jedzenie siostrze lub bratu w nieszczęściu, pokazując, jak głęboko odczuwa więź ze zmarłymi. Przedszkolak rozumie, że śmierć nie niszczy wspólnoty. Że do tej wspólnoty należą żywi i umarli – zawsze, nawet w najtragiczniejszych okolicznościach. To jego lekcja dla dorosłych, a na pewno lekcja dla mnie.

W lipcu 1942 roku, na cztery dni przed początkiem likwidacji getta podopieczni Korczaka zanurzyli się literaturę, choć wokół szalała katastrofa. Dzieci zagrały i obejrzały przedstawienie według dramatu *Poczta* Rabindranatha Tagore'a. Pomysł wystawienia sztuki, której tematem jest umieranie, pochodził od Korczaka.

Bohaterem tekstu jest chory chłopiec. Leży sam w ciemnym pokoju i tęskni za życiem. Za swobodą, zwierzętami, zabawami z innymi dziećmi, kwiatami i słońcem, ale lekarz zabronił mu wstawać. Kiedy nadjedzie list od króla, lekarz weźmie chłopca za rękę i wyprowadzi z ciemnego, smutnego pokoju. Dziewczyna z kwiatami przynosi upragnioną wiadomość. Mały Amal, już radosny i spokojny, zasypia.

By podjąć wyzwanie skonfrontowania dzieci ze śmiercią, trzeba mieć wielkie zaufanie do ich emocjonalnych, społecznych i duchowych kompetencji.

Trzeba je dobrze znać, by wiedzieć, że choć jak każdy pragną pocieszenia i pokrzepienia, są w stanie przygotować się do śmierci.

Trzeba głęboko wierzyć, że dzieci wytrwają, choć ich życie zamieniło się w nieustającą żałobę.

Szkoda, że biografowie Korczaka zwykle podkreślają tylko jego odwagę.

Śmierć i proces żałoby w szkole

Pracownicy instytucji edukacyjnych już jakiś czas temu uświadomili sobie konieczność opracowania odpowiednich procedur na czas żałoby. Podkreśla się wagę zapoznania nauczycieli i wychowawców z problematyką śmierci i żałoby. Podejmuje się czynności i szkolenia zmierzające do ukształtowania kompetencji, które umożliwią działanie w trudnej sytuacji i pomaganie dziecięcym żałobnikom. Całość realizowanych wysiłków nazywam edukacją tanatologiczną.

Śmierć stanowi kres każdego ludzkiego życia, ale dokonuje się w różny sposób. Czy jest to śmierć nagła, czy poprzedzona chorobą?
Czy umarł ktoś z uczniów, czy nauczyciel, a może ktoś z rodziny uczącego się dziecka?
Czy może była to śmierć samobójcza, której negatywne skutki uchodzą za najtrudniejsze do złagodzenia i kontroli?

Odpowiedzi na te pytania wyznaczają i różnicują rodzaje i style interwencji kryzysowych. Jednak można sformułować ogólny model interwencji kryzysowej podejmowanej na skutek śmierci w szkole. Można również przekazać nauczycielom i wychowawcom wiedzę dotyczącą procesu żałoby.

Pierwsza zasada edukacji tanatologicznej głosi, że żałoba ma charakter naturalny. Emocje przeżywane przez jednostkę w procesie żałoby nie są chorobą. W przekonaniu – skądinąd słusznym, jeśli przypomnimy sobie zachowania słoni, wilków, szympansich i gorylich matek – odzwierciedla się rozumienie niszczących wpływów kultury masowej. Wyparcie śmierci i przeżywania żałoby uczyniło ludzi bezbronnymi wobec ostatecznego doświadczenia egzystencjalnego. Zwykle nie myślą o śmierci i umierania. Unikają osób starszych, których obecność przypomina o nieuchronnym końcu życia [11]. Gdy śmierć przychodzi (z ich punktu widzenia raczej dopada) miotają się, do nieszczęścia dokładając krzywdy wyrządzane sobie i innym. Nie potrafią pomóc własnym dzieciom, zapomnianym przez dorosłych „mających ważniejsze sprawy na głowie", borykającym się z żalem i złością na zmarłego, który ich opuścił, przeżywając równocześnie smutek rozłąki. Wyrzucenie obrzędowości mortuaryjnej z przestrzeni publicznej pozbawiło ludzi kodu funeralnego, wypracowywanego przez tysiąclecia, którego celem było zmniejszenie bólu poprzez adekwatne ryty. Dziś nie bardzo wiemy, co zrobić z własnym lub cudzym bólem utraty. Czujemy się tylko bardzo nieadekwatni wobec świata żyjącego w rytmie tyrania, zarabiania i rozrywki.

Sądzę, że edukacja tanatologiczna w szkole konstruując współczesny proces żałoby, nie tylko wprowadza ponownie bolesne doświadczenia do przestrzeni publicznej, ale także wzmacnia rezyliencję jednostki (jej odpowiedź na traumy). Praktykowanie żałoby w szkole nie tylko zmniejsza ból i osłabia negatywne skutki kryzysu wywołanego śmiercią, ale także uczy dzieci empatii, troski o innych i poczucia wspólnoty. Towarzyszenie w żałobie koleżance/koledze i przyzwolenie dziecka, by inni uczestniczyli w jego żałobie, pokazuje wszystkim, że żałoba jest nieuchronna i dotyczy każdego.

Buduje doświadczenie, do którego będzie można się odnieść w przyszłości, by żałobę domknąć, bo nie każda przebiega bez powikłań. Sygnałami nieprzebytej/powikłanej żałoby u dzieci są idealizacje osoby zmarłej lub – przeciwnie – niedocenianie jej, brak wspominania zmarłego albo traktowanie osoby zmarłej, jakby nadal żyła. Przerwanie procesu żałoby nie zawsze oznacza coś niepokojącego. Czasami w taki sposób wyraża się indywidualny, właściwy dziecku rytm żałoby. Czasami dzieci – nie różniąc się w tym od dorosłych – opóźniają przeżycie głębokiego żalu, ponieważ wyczuwają swoje granice i możliwości. Odwlekanie ma zatem charakter zbawienny, pozwalając dziecku dojrzeć do zmierzenia się z problemami.

Proces żałoby w szkole rozpoczyna się od poinformowania dzieci. Następnie nauczyciele rozmawiają z uczniami, kierując rozmową tak, by dzieci same sformułowały, co zrobią dla dziecka, któremu ktoś umarł. Jeśli to możliwe, należy zapytać dziecko w żałobie, czego życzyłoby sobie. Gdy dziecko przejawia opór, należy uszanować jego decyzje, sygnalizując gotowość pomocy, gdy będzie ono jej potrzebować. Z dzieckiem w żałobie należy ustalić przebieg pierwszego dnia po powrocie do szkoły, jak również szkolne aktywności na czas procesu żałoby. Interwencja podejmowana w sytuacji żałoby w szkole ma dwa cele. Pierwszym jest uruchomienie procesu żałoby, drugim – przywrócenie bezpieczeństwa przez rutynę codzienności i szkolnych obowiązków.

Samobójcza śmierć dziecka należy do najtrudniejszych sytuacji żałoby w szkole. Odpowiedzią na zdarzenie jest postwencja, oznaczająca czynności podejmowane po wystąpieniu traumatycznego wydarzenia po to, by zminimalizować negatywne skutki samobójstwa, których doświadczają osoby związane ze zmarłym lub znające go [12]. Brak postwencji może doprowadzić do samobójstw naśladowczych. Prawidłowo realizowana postwencja umożliwia rozpoznanie uczniów i uczennic zagrożonych samobójstwem lub depresją uruchomioną przez stratę i traumę. Zmniejsza także ryzyko wystąpienia stresu pourazowego u osób, które były świadkami samobójstwa, znalazły ciało i osób blisko

związanych z samobójcą. Podobnie jak interwencja kryzysowa w sytuacji żałoby w szkole, postwencja uruchamia i ułatwia proces żałoby.

Podczas postwencji na zespole interwencyjnym spoczywa odpowiedzialność jeszcze większa niż w czasie interwencji spowodowanej śmiercią wskutek wypadku lub choroby. Zespół interwencyjny liczący od trzech do pięciu osób działa krótko- i długoterminowo. Warto podkreślić, że zachowania członków zespołu interwencyjnego powinny charakteryzować się wysokim poziomem dyrektywności. Zaleca się zebranie zespołu po godzinie od traumatycznego wydarzenia. Do działań krótkoterminowych należy weryfikacja informacji o śmierci. Ponieważ śmierć samobójcza może wiązać się z poczuciem wstydu i większym poczuciem winy, rodzina osoby zmarłej może nie życzyć sobie informowania o śmierci. Odpowiedzią na opór rodziny jest asertywne utrzymywanie przekonania o konieczności udzielenia informacji po to, by rozpocząć proces żałoby. Zespół interwencyjny ustala z rodziną uczestniczenie w pogrzebie lub powstrzymanie się od tego. Jeśli rodzina zgodzi się na udział społeczności szkolnej w ceremonii pogrzebowej, zespół organizuje udział uczniów i nauczycieli w pogrzebie. Członkowie zespołu formułują treść informacji, które zostaną przekazane dzieciom i osobom zatrudnionym w szkole. Instruują nauczycieli o sposobie informowania klasy o śmierci oraz przygotowują wskazówki dotyczące pracy z uczniami w sytuacji traumy. Ponadto ustalają zasady działania wobec rodziców, którzy będą chcieli odseparować swoje dzieci od cudzej śmierci. Szanując poglądy rodziców członkowie zespołu wyjaśniają konieczność odniesienia się do śmierci i zainicjowania żałoby. W postępowaniu z rodzicami także obowiązuje zasada dyrektywności.

Na zakończenie

Elisabeth Kübler-Ross przedstawiała ludzki rozwój w postaci koła, którego ćwiartki odpowiadają rozwojowi fizycznemu, emocjonalnemu, intelektualnemu oraz duchowemu i intuicyjnemu [3]. Choć przekonanie o istnieniu intuicyjnej duchowej natury naraziło ją na ostracyzm i krytykę ze strony naukowego środowiska, uważała, że cichy głos będący źródłem mądrości i spokoju odzywa się także w dzieciach. Zachęcała dorosłych, by nie chronili dzieci przed bólem związanym ze śmiercią bliskiej osoby, ale wspierali w doświadczeniach żałoby. We współczesnej szkole nauczyciele, psychologowie i pedagodzy – w pewnym stopniu podejmując jej przekonanie – towarzyszą dzieciom w żałobie rozumiejąc, że to właśnie nieprzebyta żałoba stanowi zagrożenie rozwoju dziecka.

W kwietniu 1942 roku, Staremu Doktorowi przyśnił się Rabindranath Tagore, hinduski pisarz i mistyk, zmarły rok wcześniej. Zapowiedział że będzie obecny podczas sztuki granej i oglądanej przez dzieci z Domu Sierot. Korczak wysoko cenił jego twórczość, ale nie wiem, czy znał znaczenie imienia bohatera *Poczty,* chłopca przechodzącego przez bramę śmierci. Pochodzące z języka hindi imię *Amal* to *mieć nadzieję*. Jest to nadzieja ukojenia, nadzieja na śmierć, która mimo groźnego oblicza przychodzi pod postacią snu.

Piśmiennictwo

1. Worden W.J.: Grief counselling and grief therapy. A handbook for the mental health. Practitioner, London, 2003.
2. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu, Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2002.
3. Kübler-Ross E.: Dzieci i śmierć, Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2007.
4. Tompkins S.: Affect, imagery, consciousness: Anger and fear, Springer, New York, 1991.
5. Ekman P.: Are the basic emotions?, Psychol. Rev., 1992b, 115, 268-287.
6. Izard C.E.: Innate and universal expressions: Evidence from developmental and cross-cultural research, Psychol. Bull, 1994, 115, 288-299.
7. Collins B.C.: Emocjonalna niedostępność. Jak rozpoznać chód emocjonalny, zrozumieć go i unikać w związkach, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000.
8. Czapska M.: Rozważania w gęstniejącym mroku [w:] Wspomnienia o Januszu Korczaku, Barszczewska L., Milewicz B. (red.), Nasza Księgarnia Warszawa, 1989, 283.
9. Olczak-Ronikier J.: Korczak. Próba biografii, Wyd. W.A.B., Warszawa, 2002.
10. Korczak J.: Pamiętnik i inne pisma z getta, Instytut Książki, Warszawa, 2012.
11. Greenberg J., Schmiel J., Martens A.: Ageism: Denying the face of the future [w:] Ageism: Stereotyping and prejudice against older person, Nelson T.D. (red.), MIT Press, Cambridge MA, 2002, 27-48.
12. Krysińska K.: Podstawy postwencji samobójstw w szkołach [w:] Zagrożenia rozwoju w okresie dorastania, A. Brzezińska, M. Bardziejewska, B. Ziółkowska (red.), Wyd. Fundacji Humaniora, Poznań 2003.

Lęk tanatyczny w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej

Binnebesel Józef

Katedra Studiów nad Niepełnosprawnością i Tanatopedagogiki, Wydział Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Istota niniejszego testu opiera się na dwóch pojęciach i swoistej relacji pomiędzy nimi. Pierwsze z nich to lęk tanatyczny, który wydawać by się mogło jest pojęciem jednoznacznie ukierunkowanym i sformalizowanym. Zanim jednak zaprezentowana zostanie jego istota warto się zastanowić nad kwestią ogólnej znajomości tego pojęcia, które w pewnym sensie odnoszą się do frazy *wydawać by się mogło* ujętej w powyższym zdaniu.

Dla potrzeb tegoż rozdziału zwrócono się do trzydziestu ośmiu studentów różnych kierunków i lat z pytaniem co to jest lęk tanatyczny. Z grona tych osób dwoje powiedziało że jest to lęk przed śmiercią, czworo poprzez analogię słowa thanatos stwierdziło, że zapewne jest to coś związane ze śmiercią a trzydziestu dwóch że nie wie. Następnie zadano pytanie; gdzie przede wszystkim szukalibyście informacji na ten temat. Trzydzieści siedem osób stwierdziło, że szukało by informacji w Internecie, a jedna w encyklopedii PWN. Na pytanie o konkretne wskazanie źródła wiedzy w Intrenecie dwudziestu dziewięciu studentów stwierdziło, że w Wikipedii, a ośmioro, że *wyguglało* by hasło.

Tak więc idąc tym tropem po wpisaniu hasła lęk tantyczny na stronie Wikipedii pojawiłby się komunikat: *Strony „Lęk tanatyczny" nie ma w Wikipedii. Możesz ją* ***utworzyć*** *(do pomocy masz przewodników) albo zaproponować jej utworzenie* [1]. Szukając dalej, wpisując hasło *lęk przed śmiercią*, ukazuje się strona z wieloma odnośnikami do podstron np. Atrybuty obronne, Zaburzenia lękowe, Diabeł, w sumie około 500 odniesień bez bezpośredniego odniesienia do hasła *lęk przed śmiercią* [2]. Natomiast wpisując w Wikipedii hasło podobnie jak wcześniej otrzymujemy komunikat, że brak takiego hasła z różnicą dotyczącą odsyłacza do strony angielskiej z hasłem Death ankiety [3] oraz do hasła fobia [4], w którym znajdziemy hiperłącze do haseł tanatofobia i tafefobia, po naciśnięciu których zostajemy przekierowani do strony tworzenia haseł [5,6], czyli tych haseł w polskiej Wikipedii nie ma, zresztą jak i w angielskojęzycznej również [7,8]. Co ciekawe pojęcie Tepefobii jest w Wikipedii hiszpańskojęzycznej [9].

Idąc dalej tym tropem po wpisaniu w przeglądarce hasła lęk tanatyczny uzyskujemy 327 odwołań [10], wśród których na pierwszym miejscu pozycjonowana jest strona Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie *Niebieska Linia* [11], przy czym znaleźć można artykuł *Postawy wobec śmierci i lęk tanatyczny,* gdzie główny nacisk został położony na kwestie postaw wobec śmierci. W tekście tym nie ma *sensu stricte* definicji *lęku tanatycznego,* a jego rozumienie ujęte zostało w kontekście opisowym. Również w stronach pozycjonowanych na trzecim i czwartym miejscu [12,13] nie można znaleźć definicji omawianego problemu. Widać więc wyraźnie że osoba chcąca poznać istotę kwestii *lęku tanatycznego* poprzez poszukiwanie w Internecie, w prosty i bezpośredni sposób nie odnajdzie istoty definicji problemu. Oczywistym jest, że wgłębianie się w treści zamieszczone na stronach internetowych pozwolą jej na zgłębienie wiedzy, jednak wymagać to będzie wytrwałości i umiejętności różnicowania, gdyż analiza treści sugeruję, utożsamianie lęku tanatycznego z fobiami tanatycznymi.

Wracając do owego quazi sondażu wśród studentów może ów student wskazujący na encyklopedie PWN ukazał słuszne źródło wiedzy na temat tegoż lęku. W tejże encyklopedii nie ma hasła *lęk tanatyczny,* a pod hasłem „lęk” nie mamy żadnego odniesienia do niego, jedynie mamy wskazanie, że poczucie bliskości śmierci, jak również choroby psychicznego rozpadu, utraty kontroli nad świadomością lub zachowaniem, są elementem typowym dla poznawczego wyobrażenia związanego z przeżywaniem zagrożenia [14].

W przypadku zaś hasła „śmierć” kwestia lęku ujmowana jest przede wszystkim w kontekście prezentacji analiz filozofów na ten temat, a odniesienia do lęku tanatycznego w ogóle w treści opracowania hasła ”śmierć” nie ma [15].

Również w podstawowych podręcznikach akademickich psychologii pojęcie *lęku tanatycznego* nie jest prezentowane [16-19].

Widać że, informacje na temat *lęku tanatycznego* nie są łatwe do zdobycia, a wiedza o nim, albo jest związana z profesjonalnym wykształceniem lub ma charakter skojarzeniowy związany z znajomością pojęcia *thanatos*.

Tak więc kolejnym elementem analizy jest kwestia wyjaśnienia semantycznego tematu. W prezentowanym przypadku mamy dwa pojęcia *lęk* oraz *thanatos.*

Pojęcie **lęku** w interesującym nas kontekście zostało wcześniej opracowane w złożonej do druku w monografii *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjne Terapii Zastępczej*. W uczynionej tam analizie pokazano, iż podobnie jak w przypadku samego pojęcia lęku tanatycznego, tak i samo pojęcie lęku dla wielu osób, choć tak oczywiste, nie do końca jest znane. Przykładem tego może być swoisty

mini test realizowany przy okazji projektu badawczego poświęconego percepcji choroby nowotworowej i śmierci w środowisku pedagogiczno-edukacyjnym (test ów nie był integralną częścią badania stanowił jedynie dodatkowy nieformalny jego element) [20], gdzie część respondentów została zapytana między innymi o pojęcie lęku. Większość z udzielających odpowiedzi stwierdziło, że jest on jednym z najbardziej rozpoznawalnych pojęć psychologicznych funkcjonujących w życiu codziennym. Lęk osobom tym był znany, gdyż jak same stwierdzały nie raz w życiu go doświadczyły. Powyższy wywód, wydawać by się mogło dość banalny i oczywisty, w zderzeniu z pytaniem o scharakteryzowanie, czym jest ów lęk i o podanie chociażby intuicyjnej definicji, nabiera innego znaczenia. Okazało się, że jedynie niewielkie grono osób potrafiło podać definicję naukową lęku, jak również scharakteryzować lęk w formie ogólnej intuicyjnie. Większość osób mówiąc o lęku charakteryzowała i opisywała konkretne sytuacje mając trudności z uogólnieniem. Owa swoista niewiedza dotycząca lęku, to nie tylko domena, nie fachowców, ale i profesjonalistów.

Pytanie: Kto pierwszy w literaturze naukowej z zakresu psychologii podał definicję lęku? Zadane tak pytanie trzydziestu jeden psychologom wzbudziło pewne zakłopotanie. Padały różne odpowiedzi i nazwiska, jednak nikt na 100% nie umiał autorytarnie, na podstawie znajomości literatury, podać konkretnego nazwiska. Analiza literatury, podstawowych podręczników psychologicznych w tym zakresie okazała się również niespodzianką. Owa swoista niewiedza powyższych psychologów nie była efektem braku luki w pamięci, ale pewnego rodzaju faktu przemilczenia. Żaden z podręczników psychologii jednoznacznie nie podawał informacji na ten temat [17,18,21-23]. Można w tym miejscu wskazać na wiele innych pozycji specjalistycznych odnoszących się do kwestii lęku gdzie również nie ma jasnego wskazania twórcy pierwszej naukowej, psychologicznej definicji tej emocji [24-32]. Sytuacja taka wydaje się dobrze odzwierciedla ogólny obraz kwestii lęku. Z jednej strony przekonanie o oczywistości, czym jest lęk, a z drugiej trudność w uogólnieniu i kwantyfikacji. W powyższym kontekście niezwykle ważnie rysuje się tekst *Historical overview of the relationship between anxiety disorders and affective disorders* [33] wskazujący na Kreplina, jako pierwszego opisującego w sposób naukowy i definiującego lęk. Saliy natomiast w swoich analizach wskazuje na Friedrich i Westphal [34]. Autorzy przywoływanego opracowania czynią również interesującą analizę etymologiczno-semantyczną słowa „lęk" w oparciu o język angielski, niemiecki i francuski. Kondrat [35] natomiast uzupełniając powyższą analizę pisze: *Znane nam słowo lęk wskazuje na dolegliwości psychofizyczne, powodując niepokój, bojaźń i kołatanie serca. Indoeuropejskie*

słowo angh, które zostało przekształcone w greckie angkito tłumaczy się, jako duszenie, zawężenie czy wyciskanie. Od łacińskiego anxietas rodowód swój czerpią angielskie i niemieckie Angst, Existentielle Angst i anxiety przyjmują także znaczenie lęku egzystencjalnego, który wpisany jest w ludzką naturę. Celem tego artykułu jest przedstawienie kluczowych teorii filozoficzno-psychologicznych dotyczących problematyki związanej z lękiem egzystencjalnym oraz możliwych i konstruktywnych modeli przezwyciężenia jego symptomów. Niemieckie słowo Angst wywodzi się od wyrazu Enge („ciasnota”). W powyższym kontekście widać wyraźnie złożoność kwestii - powyższy fragment stanowi integralny element rozważań poświęconych lękowi uczynionych w złożonej do druku monografii pt. *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej.*

Pojęcie **thanatos** (tanatos), pojęcie greckie *Θάνατος,* znaczące śmierć [36]. W mitologii greckiej odnosiło się do boga śmierci który według Hezjoda był synem Nocy bogini Nyks *Νύξ* [36] i bliźnim bratem Hypnosa, boga snu *Ὕπνος* [37]. Tanatos był bogiem chtonicznym i w mitologii greckiej charakteryzuje się go jako zlatującego na czarnych skrzydłach, wchodzącego niepostrzeżenie do pokoju, gdzie złotym nożem odcina konającemu pukiel włosów. W ten sposób, niby kapłan umarłych, poświęca człowieka na ofiarę bóstwom podziemnym i na zawsze odrywa od ziemi [38].

Tak więc w prostym złożeniu obydwóch zaprezentowanych pojęć *lęk tanatyczny* to naturalny lęk przed śmiercią, który odczuwa każdy człowiek. Jest to lęk egzystencjalny, najbardziej podstawowy i nieuchronny [39]. Istota owego doświadczania, jak wskazują to badacze [40-46], ściśle związana jest z rozwojem możliwości mózgu i działaniem hormonów. Interpretacje antropologiczne podkreślają ścisły związek pomiędzy rozwojem kulturowo-społecznym, a percepcją lęku u gatunku homo [47,48]. Young [49], wskazując na pochówek u australopiteków z Makapansgat, ukazuję swoistą wrażliwość duchową tego gatunku homo, a fakt troski o doczesne szczątki na pewnego rodzaju percepcję lęku związanego z śmiercią. Niektórzy badacze w percepcji śmierci dopatrują się istotnego elementu kreującego kulturę człowieka i jego obraz siebie w kontekście relacji z innymi [50]. Świadomość śmierci i lęk przed nią, to swoiste doświadczenie istoty rozwoju [51]. Oczywistym jest to, jak zauważają Persen-Zielińska i Ostoja-Zagórska budowanie apriorycznych wniosków w oparciu o wykopaliska, szczególnie z tak odległych czasów, gdy poza nimi nie ma żadnych innych wskazań potwierdzających zachowania naszych przodków [52]. Jednak z jednej strony fizjologia budowy mózgu [53-58], doświadczenia lękowe, a z drugiej wykopaliska, kości

i artefakty [59-78], pozwalają postawić hipotezę o doświadczaniu lęku przed śmiercią i próbach radzenia sobie z nim.

Analiza danych pozwala jednak stwierdzić, że motyw śmierci stanowił już w kulturach pierwotnych jej ważny element, który miał istotny wpływ na kreowanie postaw wobec niej [79-84]. Tak więc owa swoista socjalizacja śmierci powiązana jest z bardziej lub mniej świadomym przyjmowaniem zachowań, znaczeń, pojęć, czy wartości preferowanych w danej kulturze, rodzinie, środowisku wychowawczym [85-90]. Uzupełnieniem powyższej kwestii są rozważania na poziomie psycholingwistyki prezentujące analizy odwołujące się do przyswajania przez dziecko pojęć i zasad gramatycznych języka za pośrednictwem rodziców, osób i środowisk wychowujących [91-93]. Tak więc stwierdzić można, że pojęcia dotyczące życia, otaczającej rzeczywistości, w tym i śmierci, dziecko uczy się podobnie jak języka ojczystego, bardziej lub mniej refleksyjnie, świadomie poprzez wrastanie w kulturę środowiska w którym przyszło mu żyć.

Badania prowadzone przez Ariès`a [94] ukazują, iż kultura w poszczególnych epokach wpływała bezpośrednio na percepcję śmierci jak również na sposób jej przeżywania.

Pierwszy wzorzec charakterystyczny dla okresu wczesnochrześcijańskiego nazwany został **śmiercią oswojoną**. Szewczyk analizując pracę Ariès'a charakteryzuje ten rodzaj śmierci następująco: *śmierć była oswojona poprzez ujęcie jej w ramy uspołeczniającego ją rytuału kulturowego, mądrość ludowa zaś godziła umierającego ze śmiercią mówiąc mu, że, mimo, iż wszyscy musimy umrzeć, to jednak w jakiś szczególny sposób trwamy w naszym plemieniu, rodzie czy rodzinie, a u chrześcijan również w raju przed obliczem Boga* [95].

IX wiek to zdaniem Ariès'a **czas śmierci własnej**, gdzie rodzi się poczucie własnej indywidualności, rodzące również poczucie, iż śmierć dotyka każdą indywidualną jednostkę [95].

Okres od końca XVI do połowy XVIII wieku to **czas śmierci długiej i bliskiej**. Charakterystyczne dla tego okresu jest myślenie o śmierci już od najwcześniejszych lat towarzyszące przez całe życie, nacechowane metafizycznym smutkiem. K. Szewczyk pisze o tym okresie, iż *rozpoczyna się swoisty flirt życia ze śmiercią, który eksploduje w połowie XVIII wieku ogromnym, bardzo rozpowszechnionym i trwającym całe stulecia strachem przed pogrzebaniem żywcem* [95].

W wieku XIX mamy do czynienia z wzorcem śmierci nazwanym **twoją śmiercią**. Okres ten przepojony romantyzmem odnalazł odbicie w romantycznym ujęciu śmierci, jako nadziei na spotkanie z ukochanym w życiu bez bólu i rozterek [95].

Powyższe cztery wzorce, zdaniem Ariès'a, mieszczą się w konwencji śmierci oswojonej [95].

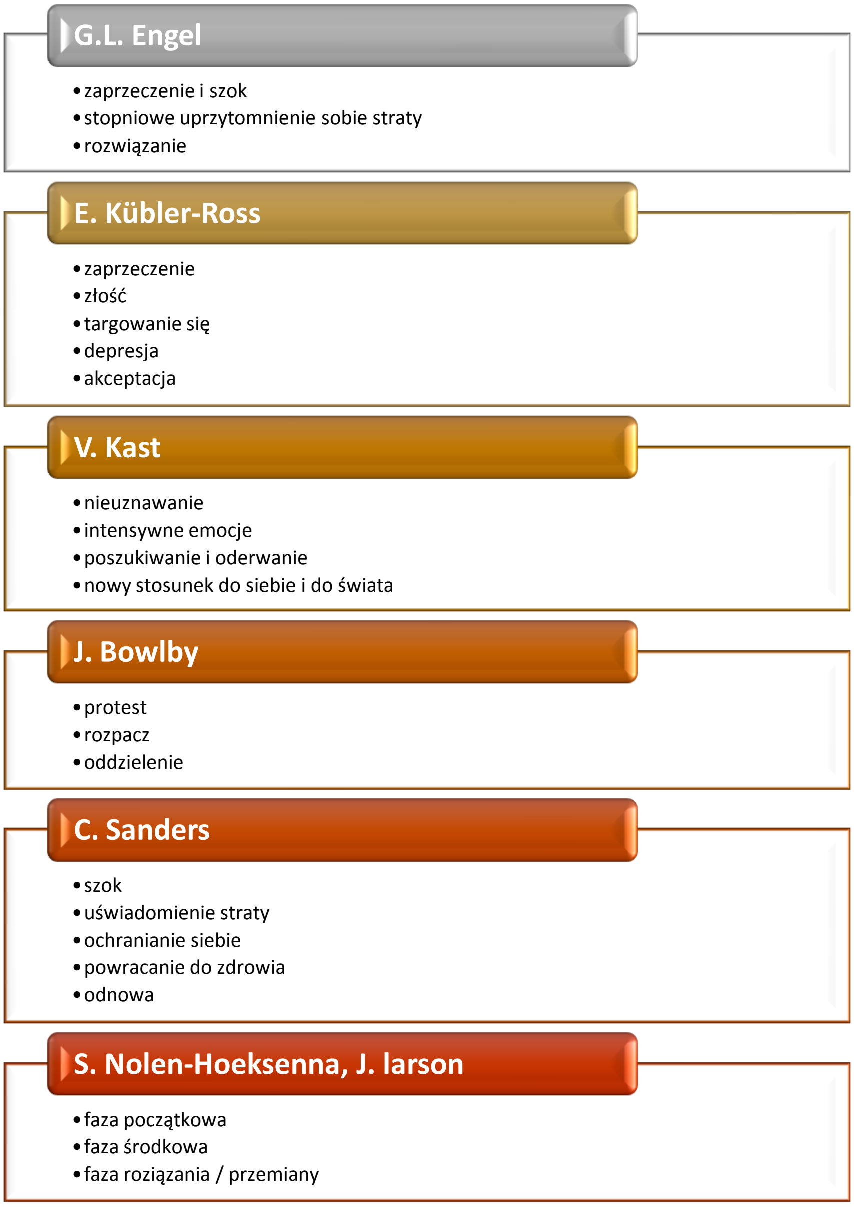
Początek XX wieku to czas **„śmierci na opak"**. *Jest to śmierć opaczna, gdyż jako na ogół samotna śmierć w salach szpitalnych, stanowi całkowite zaprzeczenie śmierci oswojonej. Wraz z pojawieniem się „śmierci na opak" kończy się, przeto panowanie śmierci oswojonej i pojawia się nowy typ śmierci, mianowicie* ***śmierć zdziczała*** [95]. Śmierć wyparta została z życia społecznego, stała się wstydliwym faktem, z którym trzeba walczyć, uciekać od niego. Człowiek starał się poprzez zgiełk i hałas życia zapomnieć o niej. *Skutkiem owego wyparcia dziczeje ona, jak dziczeje oswojony zwierzak wypędzony z domu, czy obecnie zapuszczony, a niegdyś uprawny ogród. W ten sposób zdziczała śmierć zaczyna napawać współczesnego człowieka coraz większym lękiem w miarę swojego dziczenia* [95]. Choć problem lęku przed śmiercią towarzyszy człowiekowi od najdawniejszych czasów, już Epiktet mówił, że *Nie same rzeczy bynajmniej, ale mniemania o rzeczach budzą w ludziach niepokój. I tak na przykład śmierć nie jest żadnym postrachem – w przeciwnym razie to i Sokrates miałby o niej takie wyobrażenie – ale mniemanie o śmierci, jako czymś strasznym, ono to dopiero postrachem się staje* [96], to dopiero śmierć zdziczała nadała lękowi wymiar globalny, generując współczesny kontekst lęku tanatycznego.

Wracając do wcześniej wspomnianych rozważań Arièsa, kończąc prezentację kwestii związanej ze śmiercią własną, należy pochylić się nad percepcją śmierci w ogóle, nad tym co Ariès nazywa śmiercią innych, śmiercią nie swoją. Analiza literatury [98-109] poświęconej między innymi psychologicznym kwestiom tego problemu koncentruje się przede wszystkim na opisie charakteru i przeżywania żałoby. Często punktem wyjścia owych rozważań jest chyba najbardziej znana klasyfikacja zaproponowana przez Kübler-Ross [110], charakteryzująca żałobę jako proces ujęty w pięciu etapach. Tucholska [106] w dokonanej przez siebie analizie poświęconej dynamice żałoby wskazuje poza Kübler-Ross jeszcze na pięciu badaczy prezentujących strukturalne ujęcie tego procesu co prezentuje poniższa rycina 1.

Wszystkie powyższe koncepcje prezentujące stadia żałoby pomimo różnic ujmują żałobę jako proces charakteryzujący się natężeniem doświadczeń, przeżyć i emocji, które w prawidłowym przebiegu winny prowadzić do sytuacji pogodzenia się ze stratą. Jakby nie patrzeć na zebrane przez Tucholską klasyfikacje, każda z nich stanowi niezbędny czynnik doświadczania i godzenia swojego „ja" ze stratą czegoś, kogoś ważnego dla niego.

Ważnym elementem tych rozważań jest kwestia lęku doświadczanego przez człowieka w kontekście myślenia o śmierci w ogóle a w szczególności doświadczanego przy przeżywaniu śmierci osoby bliskiej.

Rycina 1. Stadia procesu żałoby wg wybranych autorów za Tucholska [106]



:

Makselon [111] zauważa, że antycypując możliwość własnej śmierci, człowiek może doświadczyć różnych przeżyć. I tak jego zaniepokojenie może się przejawić się jako (Ryc. 2):

.

Rycina 2. Lęki związane z przeżywaniem własnej śmierci wg Makselona



Podobnie jak wcześniej, również i w tym wypadku, istotnym elementem jest wiek, gdzie dzieci w zależności od okresu rozwojowego specyficznie ujmują problem i ogląd śmierci. Na podstawie analizy wyników przeprowadzonych badań Nagy [112,1113] wyodrębniła zaś trzy zasadnicze stadia kształtowania się percepcji śmierci u dziecka:

Stadium I. Obejmuje wiek do 5 roku życia. Dziecko jest ciekawe zjawiska śmierci i tego, jak śmierć zmienia ludzkie ciało. Dziecko nie różnicuje zanadto pomiędzy żywymi a umarłymi, którzy są w innym świecie, lub też w formie snu. Nie rozumieją nieodwracalnego charakteru śmierci.

Stadium II. Dotyczy dzieci w wieku od 5 do 9 roku życia. Śmierć jest już rozumiana, jako zjawisko o nieodwracalnym i ostatecznym charakterze. Jej antropomorficzny wizerunek oparty był na dziecięcej wyobraźni, nadającej śmierci cechy osobowe (kostucha, zjawa, mroczna postać, etc.). Duży wpływ na jej wizerunek mają obecnie filmy rysunkowe.

Stadium III. Do tej grupy Nagy włączyła dzieci między 9 a 10 rokiem życia. Dla dziecka w tym wieku wizerunek śmierci nabywa cech zjawiska nieodwracalnego i nie do uniknięcia przez wszystkie istoty żyjące.

Analiza dostępnej literatury, jak i doświadczenie własne, ukazują iż ogląd psychospołeczny kwestii przeżywania śmierci jawić się może jako swoisty zespół wieloczynnikowych aspektów, które wzajemnie się przeplatając wpływają na percepcje osoby doświadczającej straty. Istotą owej percepcji jest wieloczynnikowy aspekt strat wynikający ze śmierci osoby znaczącej. Poniższa rycina prezentuję ów wieloczynnikowy zespół strat wskazując na wielowymiarowość percepcji śmierci w doświadczaniu siebie przez osobę osieroconą.

Rycina 3. Wielowymiarowość doświadczania żałoby (opracowanie własne)



Każda z powyżej przedstawionych kwestii generuje lęk determinujący przeżywanie straty i wpływający na dalsze funkcjonowanie człowieka. Wchodząc w istotę rozumienia lęku tanatycznego daje się zaobserwować dualizm wskazań. Mamy więc do czynienia z wskazaniami w obrębie rozważań filozoficznych i nauk społecznych w tym zasadniczo

psychologii. W kontekście filozoficznym już Epikur wskazywał na doświadczanie lęku tanatycznego *Głupcem jest atoli ten, kto mówi, że lękamy się śmierci nie, dlatego, że sprawia nam ból, gdy nadejdzie, lecz że trapi nas jej oczekiwanie* [114]. W swoich rozważaniach również Seneka odnosił się do omawianej kwestii przywołując paraliżującą moc lęku, jak również wskazując drogę jego opanowania: *Kto lęka się śmierci, nigdy nie zrobi nic godnego człowieka, który naprawdę żyje. Lecz kto pamięta, że ten wyrok wydano na niego już w chwili poczęcia, będzie żył pod wyrokiem, a równocześnie tą samą, siłą ducha sprawi, że żadne zdarzenie nie będzie dla niego nieoczekiwane* [115]. Wątki lęku przed śmiercią między innymi są elementem rozważań Plotyna [116], Świętego Augustyna [117], Bacona [118], Leibniza [119] i wielu innych [120-127]. Swoistym mistrzem jest tu jednak **Søren Kierkegaard** odnoszący się do lęku jako immanentnego elementu doświadczania świata, siebie i relacji [128-130], gdzie lęk stanowi w pewnym sensie istotę człowieczeństwa *Gdyby człowiek był zwierzęciem lub aniołem, nie potrafiłby się lękać. Ponieważ jest syntezą, może się lękać; i im głębszy lęk przeżywa, tym większym jest człowiekiem; jednakże nie w takim sensie, w jakim go ludzie zwykle rozumieją, gdzie lęk odnosi się do tego, co zewnętrzne, co znajduje się poza człowiekiem, lecz w taki sposób, że on sam tworzy lęk* [131]. Niezwykle ważnym elementem dociekań filozoficznych odnoszących się do lęku tanatycznego są rozważania Tilicha, które w analizach tanatopedagogicznych uznane zostały za kluczowe [132] i gdzie z jednej strony mówić można o doświadczeniu egzystencjalnym [133], a z drugiej zaś o swoistej socjalizacji owego lęku, gdzie przybiera on *postać konkretnych lęków związanych z przeżywaniem codzienności* [133]. Tillich [134] wskazuje, iż u podstaw każdego lęku w życiu człowieka tkwi lęk niebytu, *lęk przed śmiercią rzuca cień na wszystkie konkretne lęki i nadaje im ostateczną powagę.* Mechanizmem radzenia sobie jest zaś wypieranie realności i nieuchronności śmierci, nie tylko z wewnętrznego doświadczania siebie, ale i wszelkich przejawów relacji otoczenia [134]. Na pograniczu filozofii i psychologii w analizach związanych z lękiem tanatycznym są rozważania Fromma [135], który pisze *najgłębszą potrzebą człowieka jest przezwyciężenie swego Odosobnienia, opuszczenie więzienia samotności. Całkowite niepowodzenie w osiągnięciu tego celu prowadzi do błędu, jako że paniczny lęk przed zupełną izolacją można przezwyciężyć jedynie przez radykalne wycofanie się ze świata zewnętrznego, aż znika uczucie osamotnienia — ponieważ świat zewnętrzny, z którego człowiek się wyobcował, przestaje istnieć. Człowiek wszystkich czasów i kultur staje wobec jednego i tego samego pytania: jak przezwyciężyć samotność, jak uzyskać poczucie jedności, jak przekroczyć granicę własnego osobistego życia i znaleźć zadośćuczynienie? Takie samo pytanie stawia sobie człowiek jaskiniowy, koczownik*

pasący swe stada, egipski rolnik, fenicki kupiec, rzymski żołnierz, średniowieczny mnich, japoński samuraj i dzisiejszy urzędnik bądź robotnik fabryczny. Pytanie jest to samo, jako że wypływa z tego samego źródła: z sytuacji człowieka, z warunków ludzkiego istnienia. Odpowiedzi mogą być różne. Można odpowiadać oddając cześć zwierzętom, składając ofiary z ludzi lub dokonując militarnych podbojów, nurzając się w zbytku, uprawiając ascezę, oddając się z zapamiętaniem pracy lub artystycznej twórczości, wreszcie pielęgnując w sobie miłość Boga i miłość człowieka. Chociaż istnieje tyle tych rozwiązań, których zapis tworzy historię człowieka - niemniej jednak liczba ich nie jest niezliczona. Wprost przeciwnie, jeżeli pominąć drobniejsze różnice dotyczące raczej drugorzędnych szczegółów niż sedna sprawy, dochodzi się do wniosku, że istnieje tylko określona liczba odpowiedzi, jakie zostały już udzielone i mogły być udzielone przez człowieka różnych kultur, w których żył. Historia religii i filozofii stanowi właśnie dzieje tych odpowiedzi, ich różnorodności, jak również ich ilościowego ograniczenia ... Człowiek jest obdarzony rozumem; jest bytem obdarzonym samoświadomością, uświadamia sobie siebie, swego bliźniego, swoją przeszłość oraz możliwość swojej przyszłości. Ta świadomość samego siebie jako odrębnej jednostki, *świadomość krótkotrwałości życia, faktu, że człowiek rodzi się niezależnie od swej woli i że umiera wbrew tej woli, że umrze przed tymi, których kocha, albo że oni umrą przed nim, świadomość swojej samotności i wyodrębnienia, swojej bezbronności wobec sił przyrody i społeczeństwa – wszystko to czyni jego odosobnione, z niczym nie związane istnienie, więzieniem nie do zniesienia. Człowiek postradałby zmysły, gdyby nie mógł się uwolnić z tego więzienia, wyjść z niego, zjednoczyć się, w tej czy innej formie z ludźmi, z zewnętrznym światem. ... Pierwszym krokiem, jaki należy zrobić, to uświadomić sobie, że miłość jest sztuką, tak samo jak sztuką jest życie; jeżeli chcemy nauczyć się kochać, musimy postępować w sposób identyczny jak wówczas, gdy chcemy nauczyć się jakiejkolwiek innej sztuki, powiedzmy: muzyki, malarstwa, stolarstwa, sztuki medycznej czy inżynieryjnej* [135]. W kontekście psychologicznym początek rozważań dotyczących lęku przed śmiercią wiąże się z Freudowskim konfliktem między instynktem śmierci i życia. Jak zauważa to Makselon przypuszczalnie powoduje on poczucie winy, które staje się źródłem lęku. Lęk winy, istniejący na skutek nieświadomego życzenia śmierci, znacznie się intensyfikuje wówczas, gdy umiera bliski człowiek. Freud uważał — jak podkreśla Shibles — iż *człowiek wymyśla duchy, religię i demony z powodu winy, że spowodował śmierć kogoś bliskiego. ...* Dalej w swojej analizie Makselon wskazuje na lęk kastracyjny który ujawnia się w niepokoju sumienia i winy. Obok tego Freud wyróżnia jeszcze jedną jego formę, którym jest lęk oddzielenia (Trennungsangst). Lęk kastracyjny, jest jakby przeddoświadczeniem

(Vorerfahrung) lęku oddzielenia. Istotą tego lęku jest obawa przed utratą jakiegoś obiektu. Nie dotyczy to tylko integralności własnego ciała, ale także pozbawienia wszelkich powiązań, jakie są dane człowiekowi. Freud zdaje się utożsamiać lęk kastracyjny, względnie jego formę (lęk oddzielenia) z lękiem przed śmiercią pisząc *Utrzymuję przekonanie, że lęk przed śmiercią może być ujęty jako analogon lęku kastracyjnego* [136]. Wydaje się jednak, że najistotniejszy wkład w rozwój tanatopsychologii mają analizy z kręgu psychologii egzystencjalnej. Wśród których należy przede wszystkim odnotować rozważania Frankla [137-139], jak również Feifela [140-143], Kastenbauma [144,145] i Polaków - Dąbrowskiego [146-150], Kępińskiego [28,151,152], jak również Makselona [111,136,153]. Odnotować należy również analizy związane z Teorią Opanowania Trwogi, które odnoszą się do istoty doświadczania lęku przed śmiercią [154-159]. Obecnie również kwestie lęku tanatycznego ujmowane są w szerokim spektrum nauk społecznych czego przykładem mogą być publikacje Ostrowskiej [160], Chudego [161], jak i Binnebesela [97,132,162]. Przechodząc do syntezy można zaproponować ujęcie złożoności problemu w poniższej rycinie.



Rycina 4. Doświadczenie Pentosu (opracowanie własne)

Pierwszym elementem niezbędnym do wyjaśnienia powyższego diagramu jest kwestia *pentosu*. Element ten to skutek trudności semantyczno-logicznej ujmującej jednym pojęciem zarówno strach, lęk i fobie, które odejmowałoby z jednej strony rozróżnienie tych pojęć, z drugim zaś ich wspólny charakter, w kontekście doświadczania emocji związanych ze śmiercią z thanatosem. Wydaje się więc celowym zaproponowanie wspólnego mianownika semantycznego, a logicznym zaś ujęciem, tak samo jak w pojęciu *thanatos*, jest grecki źródłosłów. Pentos *Πένθος* to syn boga Etera i bogini Gai. Jest to bóstwo uosabiające zmartwienie. Poprzez nadanie Zeusa stał się on władcą uczuć i emocji związanych ze śmiercią, żalem, trwogą, smutkiem, żałobą. Pentos opiekował się tymi, którzy myślą

o śmierci, opłakują zmarłych i pozostają w ciężkiej żałobie [163]. W języku greckim *πένθος* znaczy: smutek, żal, boleść, żałoba, poza tym zmartwienie, nieszczęście, biedę, przedmiot żałoby i cierpienia [164]. Pojęcie to, jak zauważa Abramowiczówna, odnosi się również do pojęcia uśmierzyć, złagodzić, zmniejszyć [165], pogrążyć w smutku [166], rozwinąć żal [167], dosięgnąć, dotknąć (w kontekście smutku i rozpaczy) [168], doznawać, okryć się żałobą [169]. Wydaje się więc, że pojęcie to dobrze oddaje istotę omawianej kwestii stanowiąc wspólny element takich pojęć tanatycznych, jak: strach, lęk i fobia. W powyższym rozumieniu ***pentos*** to całokształt doświadczeń i przeżyć emocjonalnych związanych z percepcją śmierci. Ujmujących swym zakresem strach w obliczu i doświadczaniu śmierci, lęk tanatyczny oraz fobie tanatyczne. Zaproponowane powyżej rozumienie w swoim ujęciu obejmuje trzy elementy składowe powyższej ryciny.

Pierwszym z elementów jest ***strach,*** który jak uważa Kierkegaardem ogarnia człowieka nagle, a jego przyczynę można dokładnie określić i sprecyzować [131]. Horney podkreśla również namacalność doświadczania strachu i jego konkretność [170]. W omawianym przypadku stwierdzić więc można, że strach tanatyczny to doświadczenie mobilizujące zasoby organizmu związane z konkretnym przeżywaniem obiektywnego lub subiektywnego zagrożenia własnego życia lub osoby znaczącej, emocjonalnie bliskiej, potrzebne do wyeliminowania bezpośrednich czynników związanych z zaistniałą sytuacją obiektywnie bądź subiektywnie zagrażającą życiu.

Kolejnym elementem jest ***lęk,*** który najkrócej rzecz ujmując jest nieprzyjemnym stanem emocjonalnym charakteryzującym się niepokojem i napięciem [171] i jak ujmuje to Pieter, jest strachem wobec zagrożeń pomyślanych i reakcją na potencjalność wystąpienia danej sytuacji a nie na sam fakt jej występowania [172]. Kępiński zauważa, *że lęk jest uczuciem związanym z naszą przyszłością, z oczekiwaniem tego, co ma nastąpić* [28]. Tak więc lęk tanatyczny to nieprzyjemny stan emocjonalny związany z egzystencjalnym doświadczaniem swojej śmiertelności siebie i osób bliskich, znaczących jak i przemijalności otaczającej rzeczywistości.

Ostatnim z elementów jest ***fobia***. Słowo pochodzące z języka greckiego *φόβος* znaczące paniczną ucieczkę, paniczny strach, trwogę [173]. W mitologii greckiej Fobos był synem Afrodyty i Aresa który towarzyszył swojemu ojcu na polu walki. Jest on bogiem personifikującym strach. Jak zauważa Grimal nie posiada osobnego mitu [174]. Panini zauważają, że w swojej istocie łączy on piękno będące uosobione w jego matce Afrodycie oraz okrucieństwo, zniszczenie przemoc i wojnę personifikowane w postaci ojca [175]. *Istotą zaburzenia o charakterze fobii jest nadmierny lęk o różnym natężeniu aż do lęku panicznego*

włącznie, pojawiający się podczas bezpośredniego kontaktu z określonymi obiektami lub sytuacjami. ... W dziesiątej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-10) z 1992 roku zaburzenia lękowe w postaci fobii kodowane są jako F 40 w rozdziale Zaburzenia *nerwicowe, związane ze stresem i występujące pod postacią somatyczną. Natomiast w klasyfikacji amerykańskiej DSM, począwszy od jej trzeciej edycji pochodzącej z 1980 roku, zespoły psychopatologiczne z objawami fobii wchodzą w skład zaburzeń lękowych (anxiety disorders)* [176]. Fobie tanatyczne, to zaburzenie na tle nerwowym, które objawia się uporczywym lękiem związanym z szeroko rozumianymi doświadczeniami, sytuacjami, doświadczeniami i emocjami wynikającymi z obiektywnej, bądź subiektywnej percepcji śmierci. Najczęstszymi przykładami tego typu zaburzeń jest tafefobia, czyli lęk przed pogrzebaniem żywcem [177-183] i tanatofobia, lęk przed śmiercią [184-189]. Ujęcie w Rycina 4 pentosu ukazuje jego swoistą dynamikę uwidocznioną w dwóch biegunach patologii i czasu, gdzie punktem odniesienia jest lęk tanatyczny. W przypadku fobii mamy do czynienia z dynamiką patologii prowadzącą od lęków po natręctwa, aż do czystych postaci fobijnych [190-193]. W przypadku zaś strachu dynamika ujmuje kwestię czasu gdzie w pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że im bliżej jest rzeczywiste lub wyimaginowane, ale zawsze w percepcji odbiorcy realne zagrożenie życia tym realniej występuje strach będący niekiedy swoistą personifikacją doświadczanych wcześniej lęków [97,132,162,194].

Drugim hasłem tematu jest Tanatopedagogiczna Relacyjna Terapia Zastępcza (TRTZ). Terapia ta oparta jest na autorskim rozumieniu terapii stanowiącej integralny element tanatopedagogiki. Punktem wyjścia jest tutaj więc zaprezentowanie samej istoty tanatopedagogiki, którą w najogólniejszym rozumieniu traktować można jako ***subdyscyplinę pedagogiki zajmującą się szeroko rozumianym procesem umierania i śmierci w kontekście wychowania i opieki pedagogicznej*** [132], ujmując ją więc w tych kategoriach tanatopedagogikę zdefiniować można jako: ***naukę o wychowaniu ze świadomością śmiertelności, wpisaną w naturę bytu ludzkiego, opartą na fundamentalnej zasadzie poszanowania godności i wolności każdej istoty ludzkiej oraz nienaruszalności i apriorycznej wartości życia ludzkiego*** [97]. Zakresem tak rozumianej subdyscypliny, poza elementem teoretycznym kształtującym jej założenia i metodologię, jest czynnik praktyczny - ujmujący między innymi kwestię terapii. W omawianym kontekście istotą rozumienia jest element celu wychowawczego [139,195-199], będącego kluczem modyfikacji terapeutycznej. Wcześniejsze analizy tej kwestii, ujmujące zarówno elementy teorii oraz idei Tanatopedagogicznej, jak i praktyki [97,132], pozwalają sformułować jej nadrzędny cel jako ***doświadczanie w sobie i w każdej istocie ludzkiej przez fakt przyrodzonego dobra i***

nienaruszalności życia ludzkiego godności, wolności i podmiotowości [132]. Istota modyfikacji w terapii wynika z samego faktu celowości procesu wychowania oraz hierarchiczności celów [200-204]. Charakterystyka celu stanowi swoisty element generowany przez środowisko wychowawcze. Można je ująć w trzech kategoriach [132,205]. Pierwotnego środowiska wychowawczego, które scharakteryzować można jako ***środowisko w którym sytuacje wychowawcze, kierowane przez osoby lub zespoły ludzkie, doświadczane przez dziecko przed sytuacją kryzysową (****Jako sytuację kryzysową rozumieć można: chorobę, śmierć bliskiej osoby, wypadek itp.)* ***w trakcie której nastąpiło doświadczenie traumy*** [132]. Istota tego środowiska to całokształt wpływów poprzez wychowanie i socjalizację na wychowanka kreujących jego postawę życiową, percepcję rzeczywistości i sposoby radzenia sobie w niej. Najbardziej oczywistym przykładem tak rozumianego środowiska jest rodzina, lecz również jego elementem jest szkoła, rówieśnicy, grupy i wspólnoty religijne, jak i organizacje formalne i nieformalne. Drugim elementem generowania celów, w tym wypadku zmuszającym do modyfikacji wcześniejszych celów lub wręcz stających z nimi w sprzeczności, jest wtórne środowisko wychowawcze, za które uznać można np. szpital lub rodzinę doświadczającą głębokiej traumy spowodowanej chociażby śmiercią jednego z jej członków. Środowisko to z natury rzeczy poprzez modyfikację życiową wychowanka generuje swoiste cele, które jak wcześniej wskazano mogą być w pierwotnej sprzeczności z celami wcześniejszymi wygenerowanymi przez środowisko pierwotne [97,205]. Przykładem może być kwestia wzoru ojcostwa generowana poprzez oddziaływania wychowawcze w rodzinie, w ramach pierwotnego środowiska, natomiast po jego śmierci koniecznym jest wymodelowanie nowego modelu funkcjonowania rodziny związanego z jego stratą i przeżywaniem żałoby. Innym przykładem może być np. wdrażanie w konkretną aktywność fizyczną dziecka poprzez kreowanie pewnych wartości i wzmacnianie zachowań będące elementem kształtowania celu, który na skutek choroby został sfrustrowany. Przykładem może być amputacja nogi na skutek nowotworu kości, gdy wcześniej promowana przez rodziców była kariera piłkarska dziecka. Widać więc, że choroba, żałoba stoi często w pierwotnej sprzeczności z wcześniejszymi doświadczeniami człowieka wymuszając na nim dostosowanie się. Wspólne środowisko wychowawcze [132,3025], to środowisko niejako terapeutyczne, którego cele winny być elementem oddziaływań Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej. Cele tego środowiska najogólniej ujmując winny uwzględniać cele pierwotne i wtórne, czyli umożliwić w najpełniejszy możliwy sposób realizowanie elementów celów pierwotnego środowiska wychowawczego z koniecznością funkcjonowania po doświadczonej traumie i wygenerowanych przez nią celów wtórnego środowiska. Tak

więc, gdy w pierwotnym środowisku jednym z ważniejszych celów wychowania było umożliwienie kariery piłkarskiej dziecku i gdy środowisko wtórne poprzez leczenie przeciwnowotworowe wygenerowało cel tego środowiska jako funkcjonowanie bez nogi, koniecznym jest stworzenie zgodnego z tymi dwoma celami celu wspólnego. Takim celem łączącym z jednej strony zainteresowania, pasje piłkarską dziecka oraz włożony przez niego trud w treningi [205] z możliwościami związanymi z okaleczeniem. W konkretnym przypadku 14. letniego Tomka takim celem było wskazanie na możliwość realizacji pasji, wykorzystanie wiedzy na jej temat i zapału z możliwościami okaleczonego ciała w staraniu o podjęcie trudu w kierunku bycia w przyszłości sprawozdawcą sportowym, jak również udział w zawodach paraolimpijskich. W tym konkretnym przypadku rzeczywiście Tomasz podjął studia dziennikarskie z nastawieniem na dziennikarstwo sportowe. W przypadku śmierci członka rodziny, gdy pierwotne środowisko generuje z jednej strony wspomniany wcześniej obraz ojca, z drugiej zaś np. kwestię związane z zaspakajaniem potrzeb przez zmarłą osobę wtórne, środowisko powoduje bardzo częstą głęboką ingerencję, a niekiedy totalną frustrację celów. Kwestia przeżywania żałoby, pustki, a i problemy dnia codziennego bez wsparcia ojca, męża w środowisku wtórnym, wymuszają specyficzne zachowania. Środowisko zaś wspólne musi tak pokierować celami, by uwzględniając stratę członka rodziny umożliwić funkcjonowanie wszystkim jej członkom, zarówno w sferze biologicznej, psychologicznej jak i społecznej [132]. Trudno wskazać na konkretne zgeneralizowane przykłady, gdyż doświadczenie i praktyka pokazują na duże zindywidualizowanie działań. Tak więc istotą TRTZ jest swoista zastępczość celów. Kwestia zaś relacyjności opiera się na przekonaniu podwójnej podmiotowości i kierunkowości związku terapeutycznego. Z jednej strony mamy do czynienia z pacjentem, wychowankiem ulokowanym w konkretnej rzeczywistości wychowawczej, z drugiej zaś z terapeutą będącym również osobą poddaną wpływowi swoich, specyficznych środowisk wychowawczych. Relacyjność więc w pewnym uproszczeniu to wzajemny wpływ zarówno terapeuty na pacjenta, wychowanka, jak i pacjenta, wychowanka na terapeutę. Kwestia ta wydaje się tym ważniejsza im terapeuta jest mniej świadomy owego wpływu. Szczegółowy opis i charakterystyka tak rozumianej terapii stanowi element oddanej właśnie do druku i wielokrotnie tu przywoływanej monografii pt. *Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej*, która poza prezentacją teoretyczną TRTZ ukazuje wyniki badań wykonane za pomocą integralnego dla tej terapii kwestionariusza diagnostyczno-terapeutycznego CCJ w Czechach, Polsce, Ukrainie i we Włoszech na populacji 791 osób.

Piśmiennictwo

1. Lęk tanatyczny. Wikipedia, wolna encyklopedia, https://pl.wikipedia.org/w/ index. php?search=l%C4%99k+tanatyczny&title=Specjalna:Szukaj&go=Przejd%C5%BA& searchToken=6cjyl3dz3x8lzo73kg7dnjnna, data pobrania 4 sierpień 2016.
2. Lęk przed śmiercią, https://pl.wikipedia.org/w/index.php?title=Specjalna:Szukaj &pro file=default&fulltext=Search&search=l%C4%99k+przed+%C5%9Bmierci%C%85& searchToken=70td6jw6dpm9hsweja9vmncb, data pobrania 4 sierpień 2016.
3. Death anxiet. Wikidata. https://www.wikidata.org/wiki/Q3519556, data pobrania 4 sierpień 2016.
4. Tanatofobia Wikipedia, wolna encyklopedia. https://pl.wikipedia.org/ w/index. php?title=Specjalna:Szukaj&profile=default&fulltext=Search&search=Tanatofobia& searchToken=amebqpuo4kr9nc80ujb08yinb, data pobrania 4 sierpień 2016.
5. Tworzenie Tafefobia Wikipedia. https://pl.wikipedia.org/w/index.php? title=Tafefo bia& action=edit&redlink=1, data pobrania 4 sierpień 2016.
6. Tworzenie Tanatofobia Wikipedia, wolna encyklopedia. https://pl.wikipedia.org/w/ index.php?title=Tanatofobia&action=edit&redlink=1, data pobrania 4 sierpień 2016.
7. Search results for „thanatofobia" - Wikidata https://www.wikidata.org/w/index. php? search=&search=thanatofobia&title=Special:Search&go=+Go&searchToken=4615p4 2nsz4ip1nhd1le7i0gh, cytowane 4 sierpień 2016.
8. Search results for „tefefobie" - Wikidata [https://www.wikidata.org/w/index. php? title=Special:Search&profile=default&fulltext=Search&search=tefefobie&searchToke n=55wvkq9r0fdli7ie2h3co4t23, cytowane 4 sierpień 2016.
9. Tapefobia Wikipedia, la enciclopedia libre. 2015, https://es.wikipedia.org/w/index. php?title=Tapefobia&oldid=87046939, cytowane 4 sierpień 2016.
10. Lęk tanatyczny - Szukaj w Google ttps://www.google.pl/search? q=l%C4%99k+ tanatyczny&oq=l%C4%99k+tanatyczny&aqs=chrome..69i57j69i65j69i60l3.5934j0j7 &sourceid=chrome&ie=UTF-8, data pobrania 4 sierpień 2016.
11. Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia" - Postawy wobec śmierci i lęk tanatyczny, http://www.niebieskalinia.pl/pismo/ wyda nia/dostepne-artykuly/4953-postawy-wobec-smierci-i-lek-tanatyczny, data pobrania 4 sierpień 2016.

12. Tanatofobia - lęk przed umieraniem i śmiercią - Zdrowie - Psychologia - Polki.pl http://polki.pl/zdrowie/psychologia,tanatofobia-lek-przed-umieraniem-i-smiercia,10079802,artykul.html, data pobrania 6 sierpień 2016.
13. Psychologia.net.pl - portal psychologiczny, http://www.psychologia.net.pl/ artykul.php?level=209, data pobrania 4 sierpień 2016.
14. Wojnowski J, redaktor. Lęk. W: Wielka encyklopedia PWN Kreteńska kultura-limitatio. 1. wyd. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2003, 508.
15. Wojnowski J, redaktor. Śmierć. [w:] Wielka encyklopedia PWN Śliz - Trastámara. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2005, 11–18.
16. Zimbardo PG, Gerrig RJ. Psychologia i życie. Wyd. 4., Wyd. Naukowe PWN, 2012.
17. Strelau J, Doliński D, redaktorzy. Psychologia: podręcznik akademicki. Podstawy psychologii. T. 1. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2008.
18. Strelau J, Doliński D, redaktorzy. Psychologia: podręcznik akademicki. Psychologia ogólna. T. 2. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2008.
19. Strelau J. Psychologia: podręcznik akademicki. Jednostka w społeczeństwie i elementy psychologii stosowanej. T. 3. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2007.
20. Binnebesel J.: The experience of living through a death in a school and an academic environment. Adv. Palliat. Med., 2012, 11, 2, 48–55.
21. Gerrig R.J., Zimbardo P.G.: Psychologia i życie. Wyd. 3 nowe. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2006.
22. Pieter J.: Historia psychologii w zarysie. Wyd. „Śląsk", Katowice, 1958
23. Zimbardo P.G., Johnson R.L., McCann V.: Psychologia: kluczowe koncepcje. 1, Podstawy psychologii. Wyd. 1., 1. dodr. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2011.
24. Colbert D.: Depresja i lęk (Biblia leczy / Don Colbert), Wyd. M., Kraków, 2007.
25. Fajkowska M., Szymura B., Bąk W.: Lęk: geneza, mechanizmy, funkcje. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2009.
26. Fox B.: Opanować lęk. Via Medica, Gdańsk, 2004.
27. Freud S.: Histeria i lęk. (Dzieła / Sigmund Freud), Wyd. KR, Warszawa, 2014.
28. Kępiński A.: Lęk. Wyd. 1 w tej ed. Wydaw. Literackie, Kraków, 2002.
29. Kozielecki J.: Koncepcje psychologiczne człowieka. Wyd. 10, Wyd. Akademickie „Żak" Teresa i Józef Śniecińscy, Warszawa, 2000
30. Krynicki W.: Na początku był lęk: teoria psychiki i zaburzeń psychicznych. Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2007.

31. Osiński Z.M.: Lęk w kulturze społeczeństwa polskiego w XVI-XVII wieku. Wyd. DiG, Warszawa, 2009.
32. Trickett S.: Lęk i depresja: jak radzić sobie z lękiem i depresją., Kielce: Jedność, Psychologia dla Ciebie, 1999. 150.
33. Himmelhoch J., Levine J., Gershon S.: Historical overview of the relationship between anxiety disorders and affective disorders. Depress Anxiety, 2001, 1, 14,2,53–66.
34. Салій Н. Сýтність поняття Страх його види та механізми виникнення, Наукові конференції Переяслав-Хмельницький, 2012, 146–148. http://neasmo.org. ua/zbirnuk_final_05_2012.pdf, data pobrania 8 maj 2016.
35. Kondrat A.: Wybrane teorie lęku egzystencjalnego i sposoby jego przezwyciężenia. Stud Z Hist Filoz., 2015,2, 6, 113–130.
36. Abramowiczówna Z.: Słownik grecko-polski. T. 3 (Λ-Π)., Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1963.
37. Abramowiczówna Z.: Słownik grecko-polski. T. 4, Π–Ω, Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1965.
38. Parandowski J.: Mitologia: wierzenia i podania Greków i Rzymian.Dom Książki, Kraków, 1992.
39. Wańczowski M., Lenart M.: Lęk przed śmiercią [w:] Księga żałoby i śmierci., Wańczowski M., Lenart M. (red.), Oficyna Wydawnicza Rytm, Warszawa, 2009, 236–237.
40. LeDoux J.E.: Mózg emocjonalny: tajemnicze podstawy życia emocjonalnego. Wyd. Media Rodzina, Poznań, 2000.
41. Noble D., Jablonka E., Joyner M.J., Müller G.B., Omholt S.W.: Evolution evolves: physiology returns to centre stage. J. Physiol., 2014, 592, 11, 2237–2244.
42. Gittleman J.L.: Carnivore Behavior, Ecology, and Evolution. Springer Science & Business Media, 2013.
43. Carere C., Maestripieri D.: Animal Personalities: Behavior, Physiology, and Evolution. University of Chicago Press, 2013.
44. Hofmann S.G., Moscovitch D.A., Heinrichs N.: Evolutionary Mechanisms of Fear and Anxiety. J. Cogn. Psychother., 2002, 16, 3, 317–330.
45. Davis M.: The Role of the Amygdala in Fear and Anxiety. Ann. Rev. Neurosci., 1992, 15, 1, 353–375.
46. Marks I. fM., Nesse R.M.: Fear and fitness: An evolutionary analysis of anxiety disorders. Ethol. Sociobiol., 1994, 15, 5, 247–261.

47. Cichowicz S., Godzimirski J.M.: Antropologia śmierci: myśl francuska (Logos), Wyd.. Naukowe PWN, Warszawa, 1993.
48. Teilhard de Chardin P. Pisma. 1, Człowiek i inne pisma.Pax, Warszawa, 1984.
49. Young J.Z.: Zarys wiedzy o człowieku.Państwowe Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1978.
50. Siemianowski A.: Śmierć i perspektywa nadziei: esej filozoficzny o ostatecznych sprawach człowieka. Wyd. 2. Galeria Autorska Jan Kaja i Jacek Soliński, Bydgoszcz, 2009.
51. Burkert W.: Stwarzanie świętości: ślady biologii we wczesnych wierzeniach religijnych. Wyd. Homini, Kraków, 2006.
52. Posern-Zieliński A., Ostoja-Zagórski J.: Etnologiczna interpretacja i analogie etnograficzne w postępowaniu badawczym archeologii i prahistorii : uwagi krytyczno-polemiczne. Slavia Antiq Czas Poświęcone Staroż Słow., 1977, 24, 39–71.
53. Buss D.: Evolutionary Psychology: The New Science of the Mind, Fifth Edition. Psychology Press, 2015.
54. Bastir M., Rosas A., Gunz P., Peña-Melian A., Manzi G., Harvati K., et al; Evolution of the base of the brain in highly encephalized human species. Nat Commun., 2011, 12, 2, 588.
55. Lieberman P.: Uniquely Human: The Evolution of Speech, Thought, and Selfless Behavior. Harvard University Press, 1991.
56. Leary M.R., Buttermore N.R.: The Evolution of the Human Self: Tracing the Natural History of Self-Awareness. J. Theory Soc. Behav., 2003, 12, 33, 4, 365–404.
57. Campbell B.G.: Human Evolution: An Introduction to Mans Adaptations. Transaction Publishers. 1967.
58. Finger S.: Origins of Neuroscience: A History of Explorations Into Brain Function. Oxford University Press, 2001.
59. Wierciński A.: Magia i religia: szkice z antropologii religii. Wyd. 2 popr., Wyd. Nomos, Kraków, 2004.
60. Pike A.W.G., Hoffmann D.L., García-Diez M., Pettitt P.B., Alcolea J., Balbín R.D., et al.; U-Series Dating of Paleolithic Art in 11 Caves in Spain. Science. 2012, 6, 336(6087),1409–1413.
61. Aubert M., Brumm A., Ramli M., Sutikna T., Saptomo E.W., Hakim B., et al.: Pleistocene cave art from Sulawesi, Indonesia. Nature., 2014, 10, 514(7521), 223–227.

62. Wunn .I, Grojnowski D.: Ancestors, Territoriality, and Gods: A Natural History of Religion. Springer, 2016.
63. Sutton M.: Archaeology: The Science of the Human Past. Routledge, 2015, 433.
64. Burenhult G., Leakey R.: People of the Past. Fog City Press, 2004.
65. Noble W., Davidson I.: Human Evolution, Language and Mind: A Psychological and Archaeological Inquiry. CUP Archive; 1996, 292.
66. Witzel E.J.M.: The Origins of the World's Mythologies. Oxford University Press; 2012.
67. Drabina J.: Rytuały w wybranych religiach i wyznaniach od starożytności do współczesności, (Studia Religiologica), Wydawnictwo UJ, Kraków, 2010.
68. Przybyła MS, Blajer W. Struktury osadnicze w epoce brązu i wczesnej epoce żelaza na obszarze podkarpackiej wysoczyzny lessowej między Wisłokiem a Sanem, Wydawnictwo UJ, Kraków, 2008.
69. Węgrzynowicz T.: Szczątki zwierzęce jako wyraz wierzeń w czasach ciałopalenia zwłok. Państwowe Muzeum Archeologiczne, 1982.
70. Rozwadowski A.: Indoirańczycy--sztuka i mitologia: petroglify Azji Środkowej. Wyd.. Nauk. Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza, Poznań, 200.
71. Rozwadowski A., Pieśko M.M., Dowson T.A.: Sztuka naskalna i szamanizm Azji środkowej. Wyd. Akademickie Dialog, Warszawa, 1999.
72. Kerrigan M., Klimkiewicz S.: Historia śmierci: zwyczaje i rytuały pogrzebowe od starożytności do czasów współczesnych. Bellona, Warszawa, 2009.
73. Leszczyński D.: Ewolucja, filozofia, religia. Polskie Forum Filozoficzne, (Lectiones & Acroases Philosophicae), Oficyna Wydawnicza Atut - Wrocławskie Wyd. Oświatowe, Wrocław, 2010.
74. Kmita J., Łastowski K.: Biologiczne i społeczne uwarunkowania kultury. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1992.
75. Skorczyk M.: Symbol, mit, metafora - w poszukiwaniu genezy języka. Homo Commun., 2006, 28–37.
76. Bańka J.: Filozofia cywilizacji.Wyd. Śląsk, Katowice, 1986.
77. Nanda S., Warms R.L.: Cultural Anthropology, Cengage Learning, 2010, 452.
78. Chiu C-Y., Hong Y.: Social Psychology of Culture., Psychology Press, 2013.
79. Lips J.E.: U źródeł cywilizacji. Wiedza Powszechna, Warszawa, 1957.
80. Kerényi K., Kania I.: Eleusis: archetypowy obraz matki i córki. Wyd. Homini, Kraków, 2004.

81. Fox C.: Life and Death in the Bronze Age: An Archaeologist's Field-work. Routledge, 2014.
82. Bettencourt A.M.S.: Life and death in the Bronze Age of the NW of Iberian Peninsula. [in:] Fahlander F, Meeting EA (ed.),. The materiality of death: bodies, burials, beliefs. Archaeopress, 2008, 99–104.
83. Rogers D.C.F., Koenig H.G.: Pastoral Care for Post-Traumatic Stress Disorder: Healing the Shattered Soul. Routledge, 2013, 139.
84. Budja M.: The archaeology of death: from 'social personae' to'relational personhood'. Doc. Praehist., 2010, 37, 43-54.
85. Nowicka E.: Świat człowieka - świat kultury: systematyczny wykład problemów antropologii kulturowej. Wyd.. Naukowe PWN, Warszawa, 1991.
86. Buchowski M., Burszta W.J.: O założeniach interpretacji antropologicznej. (Metodologia Humanistyki), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1992.
87. Skrzypniak R.: Transmisja międzypokoleniowa wartości wychowawczych w rodzinie. Rocz. Socjol. Rodz., 2001, 149–160.
88. Chymkowski R.: Zwierzęta i antropologia kultury. Przegl. Humanist., 2014, 1, 35–44.
89. Borkowski W., Wężowicz-Ziółkowska D.: O u-śmiechu biologicznie i memetycznie. Anthropos?, 2009, 12–13, 36–45.
90. Wężowicz-Ziółkowska D.: Jednostki pamięci kulturowej: próba kulturoznawczej redefinicji i interpretacji hipotezy memetycznej. Teksty Z Ulicy Zesz Folk., 2014, 11–26.
91. Schaff A.: Zagadnienia socjo- i psycholingwistyki. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1980.
92. Kurcz I.: Studia z psycholingwistyki ogólnej i rozwojowej. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław, 1983.
93. Chomsky L.J.: z serii Mistrzowie Współczesności, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa, 1998.
94. Ariès P.: Człowiek i śmierć. Wyd. Aletheia, Warszawa, 2011, 612.
95. Gałuszka M., Szewczyk K.: Umierać bez lęku: wstęp do bioetyki kulturowej. Wyd. Naukowe PWN, Warszaw, Łódź, 1996, 215.
96. Epictetus. Diatryby ; Encheiridion: z dodaniem Fragmentów oraz Genomologium Epiktetowego (Biblioteka Klasyków Filozofii), Państw. Wyd. Naukowe, Warszawa, 1961

97. Binnebesel J.: Tanatopedagogika w doświadczeniu wielowymiarowości człowieka i śmierci.Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2013.
98. O'Connor N.: Pożegnanie miłości: jak przetrwać stratę ukochanej osoby. Wyd. Jacek Santorski & CO Agencja Wydawnicza, Warszawa, 1994.
99. Ogryzko-Wiewiórowska M.: Rodzina i śmierć. Wyd. Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, 1994.
100. Widera-Wysoczańska A. Rozmowy o przemijaniu: hermeneutyczna analiza psychologiczna doświadczeń człowieka, (Acta Universitatis Wratislaviensis), Wyd.. Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2000.
101. Sanders C.: Jak przeżyć stratę dziecka. Gdańskie Wydaw. Psychologiczne; Gdańsk, 2001.
102. Herbert M.: Żałoba w rodzinie, (Wychowanie Dzieci), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005.
103. Di Nola AM. Tryumf śmierci: antropologia żałoby. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków, 2006.
104. Dodziuk A.: Żal po stracie czyli o przeżywaniu żałoby. Wyd. 2. popr., Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, 2007.
105. Steuden S., Tucholska S.: Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby. Wyd. KUL, Lublin, 2009.
106. Tucholska S.: Psychologiczna analiza procesu żałoby [w:] Psychologiczne aspekty doświadczania żałoby, Steuden S., Tucholska S. (red.), Wyd. KUL, Lublin, 2009, 11–34.
107. Stelcer B.: Gorzka cena miłości, czyli o bólu żałoby. Paedagog. Christ., 2006, 111–122.
108. Stelcer B.: Utrzymując więź: czyli jak przeżyć żal po stracie ukochanej osoby. Przegląd. Powsz., 2010, 38–48.
109. Krakowiak P.: Pomoc po stracie i towarzyszenie w żałobie jako zadanie duszpasterskie. Perspect. Legn. Stud. Teol-Hist., 2010, 60–75.
110. Kübler-Ross E.: Rozmowy o śmierci i umieraniu.Media Rodzina of Poznań, Poznań, 1998.
111. Makselon J.: Lęk wobec śmierci: Wybrane teorie i badania psychologiczne. Polskie Towarzystwo Teologiczne, Kraków, 1988.
112. Nagy M.: The Child's Theories concerning Death. Pedagog. Semin. J. Genet. Psychol., 1948, 9, 73, 1, 3–27.

113. Nagy M.: The Child's View of Death [in:]. The meaning of death Feifel H. (ed.), New York: Blakiston Division, McGraw-Hill; 1959, 79–98, http://books.google.com/books?id=QvVGAAAAMAAJ, data pobrania 13 lipiec 2016.
114. Diogenes Laertius L.: Żywoty i poglądy słynnych filozofów. Wyd. 5., (Biblioteka Klasyków Filozofii), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2004.
115. Seneca L.A.: Myśli, (Libri Mundi), Wyd. Verum, Warszawa, 1999.
116. Plotinus. Enneady. (Biblioteka Klasyków Filozofii; t. 1), Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1959.
117. Augustyn: Dialogi filozoficzne, (Pisma filozoficze / św. Augustyn), Pax, Warszawa, 1953.
118. Bacon F.: Eseje, (Biblioteka Klasyków Filozofii), Państwowe Wydawnictwo Naukowe;, Warszawa, 1959.
119. Leibniz G.W.: Teodycea: o dobroci Boga, wolności człowieka i pochodzeniu zła, (Biblioteka Klasyków Filozofii), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2001.
120. Dilthey W.: O istocie filozofii i inne pisma, (Biblioteka Klasyków Filozofii), Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1987.
121. Nietzsche F.: Wiedza radosna. (Dzieła Fryd. Nietzschego), Wyd. bis, Warszawa, 1991.
122. Nietzsche F.: Wola mocy: próba przemiany wszystkich wartości, (Wielkie Dzieła Filozoficzne), Wyd. Zielona Sowa, Kraków, 2003.
123. Heidegger M.: Bycie i czas, (Biblioteka Współczesnych Filozofów), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1994.
124. Heidegger M.: Bycie i czas. Wyd. 2, (Biblioteka Współczesnych Filozofów), Wydaw. Naukowe PWN, Warszawa,2004.
125. Camus A.: Mit Syzyfa i inne eseje. (Spectrum), Wyd. Muza, Warszawa, 1999..
126. Marcel G.: Homo viator: wstęp do metafizyki nadziei. Wyd. nowe przejrz. i poszerz. Pax, Warszawa, 1984. .
127. Marcel G.: Od sprzeciwu do wezwania. Instytut Wydawniczy „Pax", Warszawa, 1965.
128. Alex B.: Søren Kierkegaard - życie prawdziwe: życie i dzieło chrześcijańskiego filozofa. (Prawdziwi Geniusze). Oficyna Wydawnicza „Vocatio", Warszawa, 1998.
129. Szary S.: Szlakami Sørena Kierkegaarda: w dwusetną rocznicę urodzin filozofa. Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 2013.

130. Garff J.: Søren Kierkegaard: A Biography. Princeton University Press, 2005.
131. Kierkegaard S.: Pojęcie lęku: proste rozważania o charakterze psychologicznym, odniesione do dogmatycznego problemu grzechu pierworodnego autorstwa Vigiliusa Haufniensisa. (Arcydzieła Wielkich Myślicieli), De Agostini : we współpr. z Ediciones Altaya Polska, Warszawa, 2002.
132. Binnebesel J.: Percepcja lęku przed śmiercią w kontekście Tanatopedagogicznej Relacyjnej Terapii Zastępczej. złożona do druku.
133. Kolek B.: Sens życia i umierania: antropologiczno-tanatologiczne aspekty myśli Antoniego Kępińskiego. Oficyna Wydawnicza „Impuls", Kraków, 2009.
134. Tillich P.: Męstwo bycia. (Kolekcja „Znaki Czasu"), Éditions du Dialogue : Société d'Éditions Internationales, Paris, 1983.
135. Fromm E.: O sztuce miłości. Wyd. 5 popr., (dodr.).(Seria z Wodnikiem : biblioteka nowej myśli), Dom Wydawniczy „Rebis", Poznań, 2001, 131.
136. Makselon J.: Specyfika postaw wobec śmierci. Stud. Philos. Christ., 1981, 17, 2, 113–134.
137. Frankl V.E.: Człowiek w poszukiwaniu sensu. Wyd. Czarna Owca, Warszawa, 2009.
138. Frankl V.E.: Homo patiens. Wyd. 3, Instytut Wydawniczy „Pax", Warszawa, 1984.
139. Binnebesel J.: Tanatopedagogical contexts of Victor Frankl's concept. Prog. Health. Sci., 2014, 4, 1, 233–238.
140. Feifel H.: Perception of Death. Ann N Y, Acad, Sci., 1969, 164, 3, 669–674.
141. Feifel H.: Psychologia a śmierć. Now. Psychol., 1990,5,6,3–16.
142. Feifel H.: New meanings of death. McGraw-Hill, 1977.
143. Feifel H., Branscomb A.B.: Who's afraid of death? J. Abnorm. Psychol., 1973,81,3,282–288.
144. Kastenbaum R.: The Psychology of Death. Springer Publishing Company, New York, 2000.
145. Kastenbaum R.: Death and development through the lifespan [in:] New Meanings of Death. First Edition edition, Feifel H. (ed.),McGraw Hill Higher Education, New York, 1977, 17–45.
146. Dąbrowski K.: Zdrowie psychiczne i problem śmierci. Zdr. Psych., 1980, 4, 7–17.

147. Dąbrowski K.: Zdrowie psychiczne i problem śmierci. Zdr. Psych., 1961, 4, 7–17.
148. Dąbrowski K.: Trud istnienia. Wyd. 3., Wyd. Antyk, Komorów, 1994.
149. Dąbrowski K.: Dezintegracja pozytywna. (Biblioteka Myśli Współczesnej), Państ. Instytut Wydawniczy, Warszawa, 1979.
150. Dąbrowski K.: W poszukiwaniu zdrowia psychicznego. Wyd. 2. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 1996.
151. Kępiński A.: Rytm życia. Wyd. Literackie, Kraków, 2012.
152. Kępiński A.: Melancholia. Wyd.Literackie, Kraków, 2014. .
153. Makselon J.: Człowiek wobec śmierci: aspekty psychologiczno-pastoralne. Wyd. Naukowe Papieskiej Akademii Teologicznej, Kraków, 2005.
154. Goldenberg J.L., Pyszczynski T., McCoy S.K., Greenberg J., Solomon S.: Death, sex, love, and neuroticism: Why is sex such a problem? J. Pers. Soc. Psychol., 1999,77,6,1173–1187.
155. Greenberg J., Koole S.L., Pyszczynski T.: Handbook of Experimental Existential Psychology. Guilford Publications, 2013.
156. Rosenblatt A, Greenberg JL, Solomon S, Pyszczynski T, Lyon D. Evidence For Terror Management Theory: I. The Effects of Mortality Salience on Reactions to Those Who Violate or Uphold Cultural Values. J Pers Soc Psychol. 1989,57,4, 681–690.
157. Rusaczyk M.: Teoria opanowywania trwogi: dyskurs w literaturze amerykańskiej. Wyd. Naukowe Scholar, Warszawa, 2008.
158. Yalom I.D.: Psychoterapia egzystencjalna. (Podstawy Współczesnej Psychoterapii), Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa, 2008.
159. Łukaszewski W., Boguszewska J.: Strategie obrony przed lękiem egzystencjalnym. Nauka Wroc. 2008, 23–34.
160. Ostrowska A.: Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa. Polska Akademia Nauk. Instytut Filozofii i Socjologii, Warszawa, 1991.
161. Chudy W.: Pedagogia godności: elementy etyki pedagogicznej. (Prace Wydziału Nauk Społecznych / Towarzystwo Naukowe Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II), Towarzystwo Naukowe KUL, Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Lublin, 2009.

162. Binnebesel J.: Opieka nad dziećmi i młodzieżą z chorobą nowotworową w doświadczeniu pacjentów. (Rozprawa habilitacyjna/Uniwersytet Mikołaja Kopernika), Wyd. UMK, Toruń, 2003.
163. Grimal P.: Pentos Πένθος. [w:] Słownik mitologii greckiej i rzymskiej. Wyd. 3, Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wrocław, 2008, 286.
164. Popowski R.: πένθος. [w:] Wielki słownik grecko-polski Nowego Testamentu. Wyd. 3. (Prymasowska Seria Biblijna), Vocatio, Warszawa, 1997, 482.
165. Abramowiczówna Z.: παρα-μυ&έομαι. [w:] Słownik grecko-polski.Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1963, 411.
166. Abramowiczówna Z.: περι-καταβάλλω. [w:] Słownik grecko-polski.Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1963, 494.
167. Abramowiczówna Z.: έπ-αίρω. [w:] Słownik grecko-polski.Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1963,193.
168. Abramowiczówna Z.: καθ-ικνέομαι. [w:] Słownik grecko-polski.Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1963, 530.
169. Abramowiczówna Z.: άείρω. [w:] Słownik grecko-polski.Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1963, 34–35.
170. Horney K.: Neurotyczna osobowość naszych czasów. (Psychologia), Wyd. 6. popr. (dodr.)., Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 2011.
171. Kupisiewicz C.: Lęk [w:] Słownik pedagogiczny. (Słowniki Akademickie PWN), Wyd. Naukowe PWN, Warszawa, 2009, 93.
172. Pieter J.: Strach i odwaga. Nasza Księgarnia, Warszawa, 1971.
173. Abramowiczówna Z.: φόβος [w:] Słownik grecko-polski. Państ. Wydaw. Naukowe, Warszawa, 1965, 543.
174. Grimal P.: Fobos φόβος [w:] Słownik mitologii greckiej i rzymskiej. Wyd. 3, , Zakład Narodowy im. Ossolińskich. Wydawnictwo, Wrocław, 2008, 104.
175. Panini G.P.: Mitologia: atlas.Wyd.„Arkady", Warszawa, 1996.
176. Rybakowski J.: Zaburzenia lękowe w postaci fobii [w:] Psychiatria - Psychiatria kliniczna. Wyd. 2., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J., (red.).Edra Urban & Partner, Wrocław , 2015, 387–394.
177. Cascella M.: Taphophobia and „life preserving coffins" in the nineteenth century. Hist. Psychiatry, 2016, 9, 27, 3, 345–349.
178. Cascella M.: Pietro Manni (1778-1839) and the care of the apparently dead in the Age of Positivism. J. Med. Biogr., 2016,8,24,3, 350–357.

179. Agutter P.S., Shoja M.M., Tubbs R.S., Rashidi M.R., Khalili M., Hosseini S.F. et al.: Hysterical paralysis and premature burial: a medieval Persian case, fear and fascination in the West, and modern practice. J. Forensic. Leg. Med., 2013, 4, 20,3, 133-135.
180. Pita F., Carmona C.: Cerebral death: from the fear of premature burial to the myth of the living donor. Acta Médica Port.2004,2,17,1,70–75.
181. Dietrich H.: Taphophobia and resurrection mania. Schweiz Arch. Für Neurol Neurochir Psychiatr Arch. Suisses Neurol. Neurochir. Psychiatr., 1977,120,2,195–203.
182. Olry R.: The phobia of being buried alive from Michael Ranft (1728) to Eugene Bouchut (1849). Vesalius Acta Int. Hist. Med.,1996,12,2,2,111–117.
183. Akhtar M., Jamil K., Ahmed S., Mushtaq S.: Brain death and related issues. J. Coll Physicians Surg--Pak, 2003,13,7,423–427.
184. Novaković M., Babić D., Milovanović A., Tiosavljević-Marić D., Novaković R., Novaković M.: Anthropological aspect of death in dialyzed patients. Coll. Antropol. 2008,32,2,587–594.
185. Gerkin D.G.: Thanatophobia revisited. Tenn. Med. J. Tenn. Med. Assoc., 2003, 96,10,442–443.
186. Merrill J.M., Dale A., Thornby J.I.: Thanatophobia and opiophobia of hospice nurses compared with that of other caregivers. Am. J. Hosp. Palliat. Care., 2000, 17, 1,15–23.
187. Merrill J., Lorimor R., Thornby J., Woods A.: Caring for terminally ill persons: comparative analysis of attitudes (thanatophobia) of practicing physicians, student nurses, and medical students. Psychol. Rep., 1998,83,1,123–128.
188. Fava G.A., Grandi S.: Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. Psychother. Psychosom., 1991,55,2–4,114–119.
189. Persinger M.A.: Death anxiety as a semantic conditioned suppression paradigm. Percept. Mot. Skills., 1985,60,3,827–830.
190. Emmelkamp P.M.G.: Phobic and Obsessive-Compulsive Disorders: Theory, Research, and Practice. Springer Science & Business Media, 2012.
191. Salzman L.: Treatment of Obsessive and Compulsive Behaviors. Jason Aronson, 1994.
192. Nestadt G., Samuels J., Riddle M.A., Liang K.Y., Bienvenu O.J., Hoehn-Saric R. et al.: The relationship between obsessive–compulsive disorder and anxiety and

affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. Psychol. Med., 2001,31,3,481–487.

193. Caseras X., Mataix-Cols D., Trasovares M.V., López-Solà M., Ortriz H., Pujol J. et al.: Dynamics of brain responses to phobic-related stimulation in specific phobia subtypes. Eur. J. Neurosci, 2010,32,8,1414–1422.

194. Binnebesel J.: Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową: aspekt pozamedyczny. Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, 2000.

195. Binnebesel J.: Pedagogiczne możliwości kształtowania poczucia koherencji w kontekście salutogenetycznej koncepcji zdrowia A. Antonovsky'ego. Psychoonkol., 2006,64–69.

196. Binnebesel J.: Ku tanatopedagogice - krok pierwszy [w:] Pedagogika specjalna - koncepcje i rzeczywistość. Żółkowska T. (red.), (Konteksty Pedagogiki Specjalnej; t. 2), print Group Daniel Krzanowski; 2007, 121–126.

197. Binnebesel J.: Ku tanatopedagogicw - krok drugi [w:] Socjopedagogiczne aspekty rehabilitacji osób niepełnosprawnych: pedagogika specjalna - koncepcje i rzeczywistość T 3., Żółkowska T., Wlazło M. (red.),Zapol., Szczecin, 2008, 197–202.

198. Binnebesel J.: Ku tanatopedagogice – krok trzeci [w:] Wielowymiarowość edukacji i rehabilitacji osób z niepełnosprawnością, Żółkowska T, Ramik-Mażewska I, (red.), (Pedagogika Specjalna - Koncepcje i Rzeczywistość; t. 4), Uniwersytet Szczeciński. Katedra Pedagogiki Specjalnej; Szczecin: Zapol., 2009, 237–246.

199. Binnebesel J.: Nowe aspekty pedagogiki specjalnej [w:] Rehabilitacja, opieka i edukacja specjalna w perspektywie zmiany, Kosakowski C, Krause A, red..Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2004, 122–128.

200. Denek K.: Wartości i cele edukacji szkolnej.Edytor, Poznań, 1994, 173.

201. Denek K.: Aksjologiczne aspekty edukacji szkolnej. Wyd. Adam Marszałek, Toruń, 1999.

202. Gnitecki J.: Zarys pedagogiki ogólnej. [Wielkopolski], Wyd. 3 rozsz. i zm., Wojewódzki Ośrodek Metodyczny, Gorzów Wlkp., 1999.

203. Sośnicki K.: Istota i cele wychowania. Wyd. 2., (Biblioteka Wiedzy Pedagogicznej), Nasza Księgarnia, Warszawa, 1967.

204. Sośnicki K.: Pedagogika ogólna. Księgarnia Naukowa T. Szczęsny, Toruń, 1949.

205. Binnebesel J.: Opieka nad dzieckiem przewlekle i terminalnie chorym : wyzwanie dla pedagogiki specjalnej [w:] Od tradycjonalizmu do ponowoczesności:

dyskursy pedagogiki specjalnej, Krause A, Górniewicz E, red., Wyd. Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn, 2002, 365–374.

Kultura masowa a problem śmierci i cierpienia

Guzowski Andrzej[1], Kazberuk Grzegorz[2], Czartoszewski Arkadiusz[3], Łukaszuk Cecylia Regina[1], Krajewska-Kułak Elżbieta[1]

1 Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2 TVP o/Białystok
3 absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Środki masowego przekazu, nawet jeżeli im nie wierzymy, jeżeli uważamy, że kłamią, mają na człowieka olbrzymi wpływ, ponieważ ustalają mu listę tematów, ograniczając w ten sposób jego pole myślenia do informacji i opinii, jakie decydenci sami wybiorą i określą. Po pewnym czasie, nawet nie zdając sobie z tego sprawy, myślimy o tym, o czym decydenci chcą, abyśmy myśleli (najczęściej są to sprawy błahe, lecz celowo wyolbrzymione, albo fałszywie przedstawione problemy). Dlatego ktoś, kto mniema, że myśli niezależnie, ponieważ jest krytyczny wobec treści przekazywanych mu przez środki masowego przekazu – jest w błędzie. Myślenie niezależne to sztuka myślenia własnego, osobnego, na tematy samodzielnie wywodzone ze swoich obserwacji i doświadczeń, z pominięciem tego, co usiłują narzucić mass media.

Ryszard Kapuściński [1]

W chwili obecnej w świecie mediów, za Czuba [2], dokonuje się zmaganie między koncepcją dziennikarstwa i przekazu medialnego inspirowaną zdobywaniem i przekazywaniem informacji służących człowiekowi mającemu prawo do prawdy a koncepcją sprowadzającą powyższe jedynie do poziomu przedsięwzięć biznesowych.

W opinii Mrozowskiego [3] katastrofy, „efektowne" wypadki, klęski żywiołowe, zabójstwa - stanowią jeden z najczęstszych tematów newsów i czołówek gazet oraz radiowych, telewizyjnych i internetowych serwisów informacyjnych.

Badania przeprowadzone przez grupę wolontariuszy pod przewodnictwem Olchowskiej-Kotali [4], dotyczące analizy 18 godzin programu telewizyjnego (od godz. 07.00 03.06.1998 roku do godz. 01.00 04.06.1998 roku) wykazały, że podczas emisji programu na

ekranie zginęło łącznie 11 344 239 ludzi, 98,8% typów śmierci stanowiły zabójstwa, 1,2% osób zginęło wskutek żywiołu, 0,03% w wyniku wypadku, a zaledwie 0,001% w efekcie śmierci naturalnej.

Fuksiewicz [5] podkreśla, że środki przekazu wpływają na ludzi w sposób daleko bardziej złożony i wielostronny niż przypuszczano, bowiem każda treść, każda informacja może wpływać w jakiś określony sposób na odbiorcę, czy grupę odbiorców. Jednakże równie decydującym czynnikiem jest to, jacy odbiorcy jak wykorzystują środki przekazu i jakie potrzeby za ich pośrednictwem zaspokajają. Przeciętny Amerykanin pomiędzy drugim a sześćdziesiątym piątym rokiem życia średnio spędza trzy tysiące dni, czyli pełnych dziewięć lat swojego życia przed telewizorem. Analiza programów i filmów prezentowanych w latach 60. tych przez stacje amerykańskie, za Fuksiewicz [5] wykazały, że średnio na jeden odcinek serialu lub filmu przypadało 5 ofiar, zaś w czasie, gdy przed telewizorami zasiadały dzieci, w ciągu tygodnia mogły obejrzeć 334 zabójstwa lub ich usiłowania. W wyniku tych badań wykazano, że dziecko pomiędzy 5. a 14. rokiem życia przeciętnie oglądało 13 000 gwałtownych zgonów [5].

Zwoliński [6] podkreśla, iż sceny zbrodni, zabójstw czynią ze śmierci swoiste widowisko, pozbawiając śmierć jej naturalnego wymiaru wielkiej tragedii i ogromnego dramatu.

Jeleń-Kubalewska [7] zauważa, że niestety bardzo często milczy się o śmierci własnej, naturalnej, „niekontrowersyjnej” , a rozprawia nader głośno, za pośrednictwem mediów, o śmierci czyjejś (kogoś obcego, z kim nie utrzymywaliśmy bliższej relacji), śmierci gwałtownej, „kontrowersyjnej” (np. samobójczej, morderstwie, w katastrofie lotniczej itp.).

Śmierć w telewizji, radio i prasie

Bardziej boję się trzech gazet niż trzech tysięcy bagnetów
Napoleon Bonaparte [1]

Śmierć, umieranie od zawsze była i nadal jest jedną z najbardziej tajemniczych, nieznanych sfer życia człowieka. Towarzyszy ludziom przez całe życie i tylko ona jest jedynym pewnym faktem w życiu. Pomimo tego, że następstwa jej fenomenu są nieodwracalne, człowiek w całej swojej historii poświęcił jej wiele myśli.

Wraz ze zmianami demograficznymi w świecie zachodnim, także zmieniało się w ciągu wieków rozumienie oraz znaczenie fenomenu śmierci.

W chwili obecnej codziennie poszczególne agencje telewizyjne i radiowe donoszą o co najmniej kilku zamachach bombowych, w których w każdym ginie od kilku do kilkudziesięciu osób, o uprowadzaniu policjantów, żołnierzy, osób prywatnych, o porywaniu, torturowaniu, mordowaniu sunnitów, o śmiertelnych wypadkach drogowych, o samobójstwach i zabójstwach.

Świat mediów, jak podkreśla Lepa [cyt. za 8], stał się integralnym elementem istnienia współczesnego człowieka, a intensywność rozwoju tego składnika kultury, jego siła, zasięg i wpływ na życie publiczne społeczeństw i osobowe jednostek skutkują, zdaniem medioznawców, postulatem opracowania swego rodzaju „*edukacji do mass mediów*". W opinii autora [cyt. za 8] „*obecne w mediach przemoc, pornografia i gwałt nie są jedynymi problemami moralnymi wynikającymi z działań medialnych. Nieprawdziwe reklamy, manipulacja informacją i przekazem, brak odpowiedzialności za słowo u dziennikarzy prasowych, radiowych i telewizyjnych, stawianie korzyści materialnych nad prawdą i niezależnością to tylko krótkie rozwinięcie zarzutów wobec degenerujących się, nie w całości, lecz w sporym procencie mediów, tak prywatnych, jak i publicznych".*

Śmierć i wyrafinowane umieranie jest najpewniejszym środkiem na przyciągnięcie uwagi widzów i gwarancją ich dobrej zabawy, stąd obecna w mediach „kultura śmierci" nie jest zjawiskiem przypadkowym, marginalnym, lecz paradygmatem zmiany zasad i praw większości sfer ludzkiego życia [8].

Bourdieu [9] jest przekonany, że „*Telewizja wykorzystuje dramaturgię w podwójnym sensie tego słowa: reżyseruje wydarzenie (inscenizuje je w obrazach) oraz wyolbrzymia jego znaczenie (nadaje mu charakter dramatu i tragedii)".*

W prasie codziennej śmierć dotyczy z reguły innych i często jest, jak pisze Kazberuk [8], abstrakcyjna, anonimowa, zaś jej obraz tak skonstruowany, aby nie narzucał potencjalnemu czytelnikowi możliwości interpretowania jej jako własnej. W związku z tym, zdaniem autora [8], śmierć w prasie może być postrzegana w kategoriach rozrywki, a autorzy najwymyślniejszych sposobów na odejście z tego świata bywają ulubieńcami pewnego kręgu odbiorców.

Mojżyn [10], jako charakterystyczny dla współczesnej kultury wizualnej splot informacji i obrazu, człowieka i medium, dostrzega w wizualnych doniesieniach dotyczących śmierci długoletniego dyktatora Libii, pułkownika Muammara Kaddafiego. Autor [10] podkreśla, iż 20 października 2011 roku świat obiegły wstrząsające zdjęcia pokazujące śmierć Kaddafiego, na których widać było zakrwawioną postać pułkownika leżącego na ziemi, otoczoną przez powstańców libijskich. Migawki z ostatnich godzin życia pułkownika

Kaddafiego pokazywały różne reakcje Libijczyków: determinację, złość i chęć odwetu na dyktatorze. Zakrwawionego pułkownika targano, popychano, kopano i opluwano. Telewizja Al-Dżazira pokazywała także wstrząsający film, na którym widać było, jak żołnierze włóczą zmasakrowane ciało dyktatora po ulicy i wkładają na platformę ciężarówki [cyt. za 8]. Niszczenie obrazów dyktatora, jako symboli znienawidzonego porządku, odbywało się niemal za każdym razem w przestrzeni publicznej, na oczach zgromadzonego tłumu, często przed obiektywami kamer i aparatów fotograficznych. Opór i odwet Libijczyków pociągnął także za sobą wypróbowane narzędzie satyry politycznej, którym jest karykatura [10].

Wysoczański, za Kazberuk [8] uważa, iż tematyka śmierci pojawiająca się w prasowych artykułach zwykle anonsowana jest w stosownie skonstruowanych tytułach, mających przyciągać i zapowiadać w możliwie skrótowy i sensacyjny sposób poruszany w tekście problem. W tej sytuacji, nawet jeśli potencjalny czytelnik nie jest zainteresowany przeczytaniem poświęconego śmierci tekstu prasowego, wyróżniający się układem liternictwa i funkcją w kolumnie tekstu tytuł, sugeruje poprzez swoją semantyczną konstrukcję, prezentowany w tekście obraz śmierci, a czytelnik powinien sobie wyrobić obraz tekstu na podstawie tytułu [cyt. za 8].

Śmierć ukazywana w telewizji dotycząca bohatera, np. jakiegoś filmu, spektaklu, reportażu jest albo ocaleniem życia, bo giną jego wrogowie, albo krzywdą, którą musi pomścić, albo stratą emocjonalną, albo związana jest z jakąś zmianą - pozyskaniem dziedzictwa, poznaniem nowych osób, czy też walką o życie bez bliskiej osoby.

Kolejny problem stanowią licznie prezentowane w telewizji filmy, reportaże, programy kryminalnie detektywistyczne, a w radio - słuchowiska kryminalne, odnoszące się do śmiertelnych w swoich skutkach zdarzeń i zachowań, ukazujące nie zawsze właściwy obraz świata i funkcjonującej w nim śmierci, wpływając w różny sposób na opinie i postawy słuchaczy. Przykładem powyższego, za Kazberuk [8], może być słuchowisko „*War of the Worlds*" przygotowane przez Orsona Wellsa i nadane w USA 30 października 1938 roku oraz przypadek nadania 13 listopada 1973 roku w serwisie informacyjnym radia szwedzkiego nieprawdziwej wiadomości o katastrofie w elektrowni atomowej w Barseb¨ack. W obu przypadkach pojawienia się na antenie tych przekazów skutkowały wśród słuchaczy paniką i przerażeniem [8].

W roku 2008 Bloomberg - jedna z największych finansowych agencji informacyjnych, opublikowała nekrolog Steve'a Jobsa, który na szczęście okazał się to pomyłką [11]. Steve Jobs zmarł dopiero 5 października 2011 roku [12]. Podobnie jak wiele innych agencji, Bloomberg posiada gotowe nekrologi sławnych osób, które można szybko opublikować w

przypadku śmierci tych osób [11]. Ponieważ nekrologi te zawierają osiągnięcia i inne ważne fakty z życia danych osób, muszą być co jakiś czas uaktualniane, aby potrzebna ilość zmian w chwili publikacji była jak najmniejsza. Podczas takiej rutynowej aktualizacji nekrologu Steve'a Jobsa doszło do jego omyłkowej publikacji. Błąd szybko zauważono i wycofano nekrolog. Fani Apple mogli odetchnąć z ulgą. Dla niektórych z nich bowiem informacja o śmierci Jobsa była wiarygodna. Oprócz samego nekrologu wyciekła także lista osób, z którymi należy się skontaktować w celu zebrania od nich opinii oraz refleksji i napisania szerszego artykułu [11].

Telewizja Sky Real Lives w roku 2008 pokazała film „Prawo do umierania", który wstrząsnął światem [13]. U Craiga Ewerta, 59-letniego profesora amerykańskiej uczelni, w kwietniu 2006 roku zdiagnozowano chorobę z grupy Chorób Neuronu Ruchowego (*Motor Neurone Disease*). Ewertowi dano dwa do pięciu lat życia, jednakże choroba postępowała niezwykle szybko i dlatego chciał zakończyć swoje życie, zanim choroba mu to uniemożliwi. Bał się, że jego ciało stanie się "żywym grobem". Legalne samobójstwo popełnił w jednej ze szwajcarskich klinik, godząc się jednocześnie, by w tych ostatnich momentach życia towarzyszyły mu kamery. Uwieczniono jego ostatnie słowa i pożegnalny pocałunek żony [13]. Film został wyreżyserowany przez Kanadyjczyka, zdobywcę Oscara - Johna Zaritsy'ego i miał pobudzić ludzi do zastanowienia się nad śmiercią i porozmawiania o niej. W momencie, gdy mężczyzna zażywa truciznę, żona Mary pyta: "*Czy możesz dać mi jeszcze dużego buziaka*?" i żegna się: "*Tak bardzo cię kocham. Spokojnej podróży i do zobaczenia niedługo*", chwilę potem Craig zamyka oczy, a lekarz stwierdza zgon [13]. Dominica Roberts z Pro-Life Alliance (Koalicji Dla Życia) [13], powyższe podsumowała słowami: *To smutne i przerażające, że telewizja chce pokazywać takie rzeczy smutne, bo każde samobójstwo jest smutne. Niebezpieczne, bo może być kopiowane przez widzów"*.

Kontrowersje może też budzić fakt, iż znany i popularny również w Polsce pisarz Terry Pratchett nakręcił w Szwajcarii dokument, który w 2011 roku wyemitowała brytyjska BBC, pt. "*Wybierając śmierć*" [14,15]. Film wyprodukowała Wytwórnia KEO North na zlecenie BBC Scotland. Film ukazuje historię 71-letniego Petera Smedleya, milionera z branży hotelarskiej, cierpiącego na stwardnienie zanikowe boczne, który zdecydował się na wypicie śmiertelnej dawki należącego do barbituranów środka psychotropowego o nazwie Nembutal w oferującej pomoc w samobójstwie szwajcarskiej organizacji Diginitas. BBC skrytykowano za propagowanie eutanazji i epatowanie śmiercią [14,15].

Za to samo skrytykowano też brytyjski serial „*Emmerdale*", którego akcja rozgrywa się w fikcyjnej miejscowości o nazwie Emmerdale położonej w hrabstwie West Yorkshire w

Anglii, w którym w jednym z odcinków pokazano sparaliżowanego bohatera, któremu śmiertelną dawkę narkotyków podają jego homoseksualny partner i matka [14].

Kontrowersyjna może się wydać także decyzja Jade Goody, bohaterki brytyjskiego reality show. W grudniu 2004 roku Jade wystąpiła w „Big Brother: Panto", a w 2007 roku w „Celebrity Big Brother 5, zaś w sierpniu 2008 roku pojawiła się na planie pierwszej edycji hinduskiego „Big Bossa" [16]. Jednak już trzeciego dnia trwania programu przekazano dziewczynie wyniki badań, przeprowadzonych jeszcze przed wejściem do „Big Brothera", wskazujące na wykrycie u niej złośliwego nowotworu szyjki macicy [16,17]. Po usłyszeniu złej nowiny zdecydowała się natychmiast opuścić widowisko i postanowiła, że musi zrobić wszystko, by zapewnić odpowiedni byt swojej rodzinie. Zaczęła poddawać się chemioterapii i zgodziła się na realizację kolejnego reality show, za który otrzymała odpowiednie wynagrodzenie finansowe, ale tym razem kamery telewizyjne towarzyszyły jej w walce z nowotworem, na każdym kroku , nawet kiedy umierała [14,16].

Hanusch twierdzi, że *„przy braku własnych doświadczeń sposób, w jaki wiadomości medialne prezentują śmierć może wpłynąć na to, jak widzowie jej doświadczają oraz na ich zachowanie, gdy naprawdę doświadczą śmierci kogoś bliskiego".*

Reklamy ze śmiercią w tle

Pewnego dnia historycy i archeologowie odkryją,
że reklamy naszych czasów są najbogatszym
i najwierniejszym odzwierciedleniem życia codziennego
i wszelkich czynności ludzkich, jakie pozostawiło po sobie jakiekolwiek społeczeństwo.
Pod tym względem hieroglify egipskie nawet nie umywają się do reklam
Marshall McLuhan [18]

Kolejny problem związany z mediami stanowi wykorzystywanie śmierci do celów reklamowych. Rada Reklamy [19] definiuje reklamę jako *„przekaz zawierający w szczególności informację lub wypowiedź, zwłaszcza odpłatny lub za wynagrodzeniem w innej formie, towarzyszący czyjejkolwiek działalności, mający na celu zwiększenie zbytu produktów, inną formę korzystania z nich lub osiągnięcie innego efektu, które są pożądane przez reklamodawcę.*

Szymoniuk [20] reklamę określa jako *najbardziej znaną i najczęściej stosowaną formą oddziaływania promocyjnego firm, dzięki której firma informuje klientów o swojej*

ofercie oraz zachęca ich do wyboru własnej oferty spośród wielu ofert konkurencyjnych. Reklama jest płatną formą komunikacji między firmą a otoczeniem.

Koszembar-Wiklik [21] podaje, że najbardziej znanym modelem, odnoszącym się do konstruowania przekazów reklamowych, jest stworzony w roku 1925 przez Stronga, model AIDA:

- **A**ttention - przyciągnąć uwagę
- **I**nterest - zainteresować produktem
- **D**esire - wywołać pragnienie zakupu
- **A**ction - pobudzić działanie do zakupu.

Konstruowanie przekazu opartego na szoku i kontrowersji powinno być oparte na modelu oddziaływania, który Koszembar-Wiklik [21] nazwała PEGAZ**:**

- **P** - przykucie uwagi przez kontrowersyjny lub prowokacyjny przekaz (obraz, tekst, muzykę, obok których trudno przejść obojętnie)
- **E** - emocje, rozbudzenie emocji odbiorcy (oburzenia, szoku, niedowierzania, lęku, obrzydzenia, radości, ciekawości itp.), które mają budzić skojarzenia z marką i zmusić odbiorcę do myślenia;
- **G** - gwarancja, że przekaz nie przejdzie bez echa, odbiorca prześle dalej reklamę lub link do znajomych, będzie o niej myślał, dyskutował, czasem przekaz może wywołać protest różnych środowisk, co zwykle zwiększa rozgłos marki;
- **A** – akcja, czyli zakup produktu i przywiązanie do marki;
- **Z** – zapamiętanie przekazu i marki.

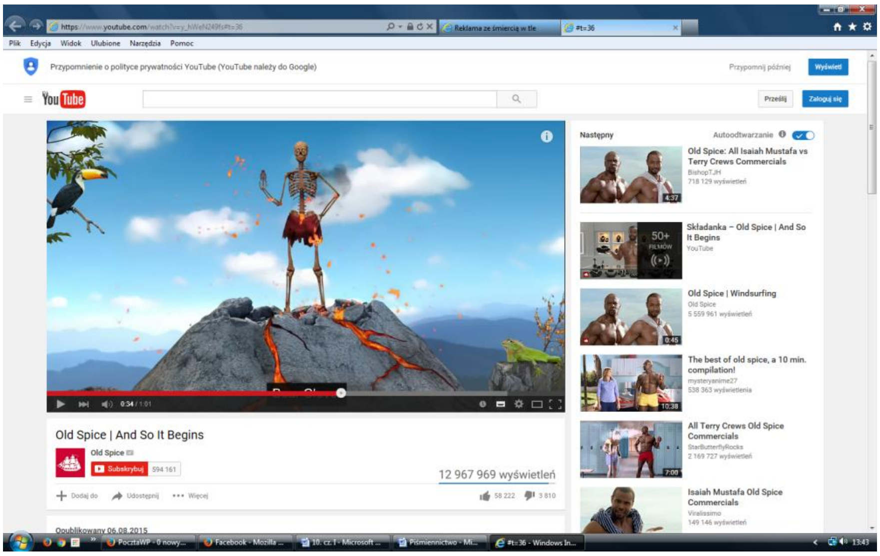
Koszembar-Wiklik [21] uważa, że patrząc na współczesne reklamy można się zastanawiać, czy rzeczywiście służą one do informowania o ofercie i zachęceniu do zakupu, ponieważ pojawia się coraz więcej reklam kontrowersyjnych co potwierdza, że niektóre z nich mają niewiele wspólnego z komunikatem informacyjnym, czy nakłaniającym do zakupu. W reklamach zaczyna wykorzystywać się motywy, uważane dotychczas w wielu kulturach za społeczne tabu lub stanowiące tematy wstydliwe, intymne, o których nie powinno się mówić głośno [21].

Takim tematem była do tej pory śmierć. Jak podkreśla Koszembar-Wiklik [21] „*o ile w kampaniach społecznych motywy śmierci nie dziwią, o tyle w reklamie ubrań czy kosmetyków już wywołują emocje – niedowierzanie, zdziwienie, niesmak. Jednak nie u wszystkich wywołują emocje. Część osób pozostaje obojętna wobec przekazów, w których zestawia się znana markę np. ubrań ze śmiercią*". Za przykład takich reklam autorka [21]

wskazuje reklamy, między innymi takich marek, jak Dolce&Gabbana (Włoski Dom Mody), dezodorant Blue Steel z obrazem zabitego młodego człowieka, czy marka odzieżowa Superette, wykorzystująca motyw śmierci młodych ludzi. Sugeruje się w nich, że choć osoby te zginęły w nagłych okolicznościach, np. przytrzaśnięcie windą, czy też zastrzelone podczas obiadu, to nawet po śmierci wyglądają dobrze w danej marce ubrań, czy też pachną ładnie, bo użyły właściwego antyperspirantu [21].

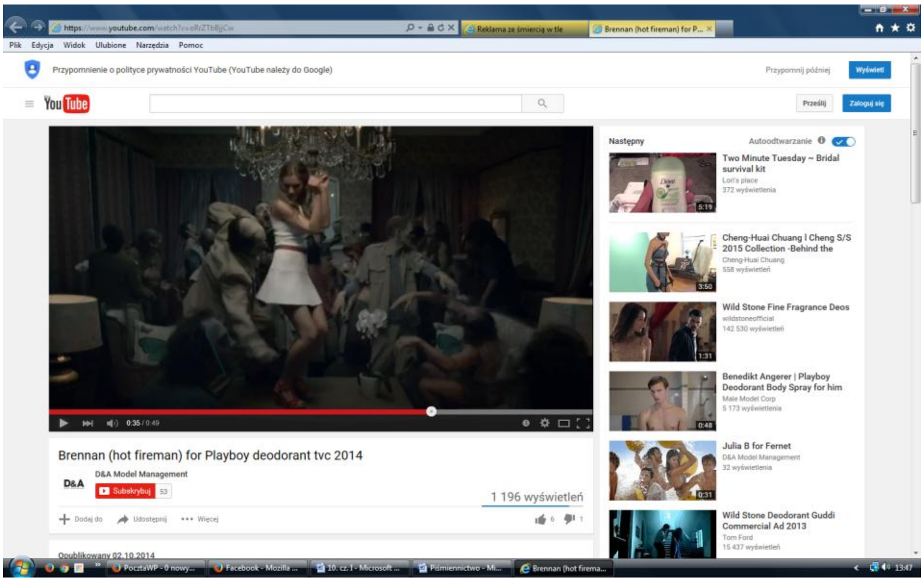
Z poczuciem humoru zostały nakręcone reklamy:

- OLD SPICE, gdzie pojawia się motyw śmierci - spalone ciało, kościotrup...



https://www.youtube.com/watch?v=y_hWeN249fs#t=36

- deo/perfum Playboya, gdzie w spocie TV pojawiły się żywe trupy.



https://www.youtube.com/watch?v=oRrZTbBjjCw

Kazberuk [8] za przykład powyższego podaje fakt, iż po śmierci księżnej Diany w 1997 roku w „Gazecie Wyborczej" („Gazeta Wyborcza" z 06.09.1997. Kampania *Pijani kierowcy nie wybierają swoich ofiar*) ukazało się ogłoszenie następującej treści: *Matka 2 dzieci zginęła w wypadku samochodowym*. Duże białe litery umieszczono na górze czarnej planszy. Poniżej, niemal na samym dole małymi literami: *DIANA 1961–1997*. Pod planszą reklamową umieszczony był tekst informujący, że codziennie w Polsce giną dwie osoby w wypadkach spowodowanych przez pijanych kierowców [8].

Śmierć w fotografii

Fotograf musi strasznie walczyć, aby fotografia nie stała się śmiercią

Roland Barthes [22]

Banks [23] uważa, że *fotografia (...) skłania nas do podejmowania pewnych działań (...), dlatego że sieć relacji społecznych wyposaża przedmiot w możliwość samodzielnego, wyraźnie sprawczego działania, niezależnego od pragnień tej czy innej jednostki".*

W latach 20., 30. i 40. XX wieku, za Kazberuk [8], rozpowszechniał się swoisty rodzaj fotograficznej dokumentacji przeszłości - „fotografia pogrzebowa" lub „chłopski portret trumienny". Z reguły w centrum zdjęcia, obejmującego dom lub jego wnętrze, była umieszczana otwarta trumna z nieboszczykiem, wokół niej kwiaty, a naokoło rozstawiano upozowaną rodzinę, sąsiadów i księdza [8].

Zdjęcia, za Sztandarem [24] „*nawiązywały w bezpośredni sposób do tradycyjnego świata wartości, gdzie dokładnie określony był kontekst człowieka w odniesieniu do rodziny i rytualnych scenariuszy zachowań. Zarówno zaaranżowanie otoczenia i zachowanie utrwalanych osób, jak i późniejsze jego „użytkowanie" składało się na kulturę, do której należą i fotografowani, i oglądający".* Ten rodzaj fotografii nie szokuje, zdaniem Kazberuka [8] obecnością zmarłego, a służy zaspokajaniu potrzeby posiadania własnej ilustracji, reprodukcji pewnej rzeczywistości.

Niestety coraz częściej spotyka się sytuacje, gdy publikuje się zdjęcia, których wykonanie fotograf przypłacił życiem (np. korespondentów wojennych), świadków kataklizmów, wypadków, sportów ekstremalnych, poszukiwanie tematu, a niekiedy też reżyserowanie go, prowokuje refleksję nad komercyjnym i konsumpcyjnym charakterem fotografii [8].

W opinii Kazberuka [8], przypadki prac nagrodzonych w konkursie *World Press Photo*, ukazujących okropność wizerunków śmierci i jej społecznych skutków, a mających dokumentować najważniejsze wydarzenia ostatnich lat, ukazują wypaczony obraz współczesnej cywilizacji. Word Press Photo to najważniejszy konkurs branżowy fotografów z całego świata pracujących dla prasy. Fundacja World Press Photo działa od 1955 roku. Odbywa się corocznie, wyniki ogłaszane są w lutym. Przebiega w kilkunastu kategoriach obejmujących fotografie pojedyncze i serie (reportaże), takich jak zdjęcie roku, zdarzenia, ludzie w zdarzeniach, sportowe sytuacje, ludzie sportu, życie codzienne, portrety, sztuka, przyroda. Jak pisze Iżykowska [25] „*World Press Photo* to „*budzący kontrowersje konkurs fotografii prasowej. Nagradzane zdjęcia wzbudzają szerokie zainteresowanie swoją estetyką i tematyką. Ukazują tragedię, śmierć, okrucieństwo, które kultura współczesna wyparła z powszechnego obiegu, zastępując ją kultem piękna i bogactwa”.* Z kolei Piotr Bławicki, za Iżykowska [25] uważa, że „*większość nagrodzonych fotografii pokazuje mroczną stronę człowieczeństwa. Są to obrazy raczej dla osób o silnej psychice”.*

Wynikiem powyższego jest galeria: *Śmierć, cierpienie i krzyk, czyli przenikliwe fotografie* [26,27], gdzie zaprezentowane są te bardzo kontrowersyjne fotografie. Do takich można zaliczyć poniższe zdjęcia z roku

- 1960 - fot. Yasushi Nagao ukazujące, jak prawicowi studenci atakują Inejiro Asanuma, Przewodniczącego Partii Socjalistycznej, podczas swojego wystąpienia w Sali Hibiya



Fot. Yasushi Nagao, źródło: [26]

- 1963 - fot. Malcolm W. Browne, ukazujące jak buddyjski mnich Thich Quang Duc podpalił się w proteście przeciwko prześladowaniom buddystów przez rząd Wietnamu Południowego



fot. Malcolm W. Browne źródło: [28]

- 1964 - fot. Don McCullin, ukazujące Turczynkę opłakującą zmarłego męża, ofiarę grecko-tureckiej wojny domowej



fot. Malcolm W. Browne źródło: [29]

- 1965 - fot. Kyoichi Sawada, ukazujące jak matka z dziećmi próbuje przebrnąć przez rzekę uciekając przed amerykańskimi bombardowaniami

- 1966 - fot. Kyoichi Sawada ukazujące ciało żołnierza Vietcongu ciągnięte za amerykańskim pojazdem opancerzonym w drodze do miejsca pochówku po zaciętych walkach
- 1968 - fot. Eddie Adams, ukazujące jak szef policji Nguyen Ngoc Loan (Wietnam Południowy) wykonuje wyrok na mężczyźnie podejrzanym o członkostwo w Viet Congu)



fot. Eddie Adams, źródło [30]

- 1972 - fot. Nick Ut, obrazujące jak Ut Phan Thi Kim Phuc ucieka z innymi dziećmi chwilę po tym, jak południowo-wietnamskie samoloty omyłkowo zrzuciły napalm na ich wioskę pełną żołnierzy i cywilów w Wietnamie Południowym
- 1978 - fot. Sadayuki Mikami, ukazujące jak w trakcie lotniska Narita w Tokio, jeden z demonstratorów zajął się ogniem od koktajlu Mołotowa
- 1982 - fot. Robin Moyer, ukazujące następstwa masakry dokonanej na palestyńskich uchodźcach 16-18 września 1982 roku przez libańskie maronickie oddziały w Sabrze i Szatili.
- 1983 - fot. Mustafa Bozdemir, ukazujące jak Kezban Özer znajduje pięcioro swoich dzieci pogrzebanych żywcem po trzęsieniu ziemi w Turcji
- 1984 - fot. Pablo Bartholomew ukazał skutki katastrofy fabryki pestycydów Union Carbide w Bhopalu przedstawiając pogrzeb dziecka zabitego przez trujący gaz



fot. Pablo Bartholomew, źródło [31]

- 1985 - fot. Frank Fournier, ukazujące Omaira Sanchez uwięzioną w rumowisku po wybuchu wulkanu Nevado del Ruíz (Armero w Kolumbii), która po 60 godzinach straciła przytomność i zmarła na atak serca



Fot. Frank Fournier, źródło: [32]

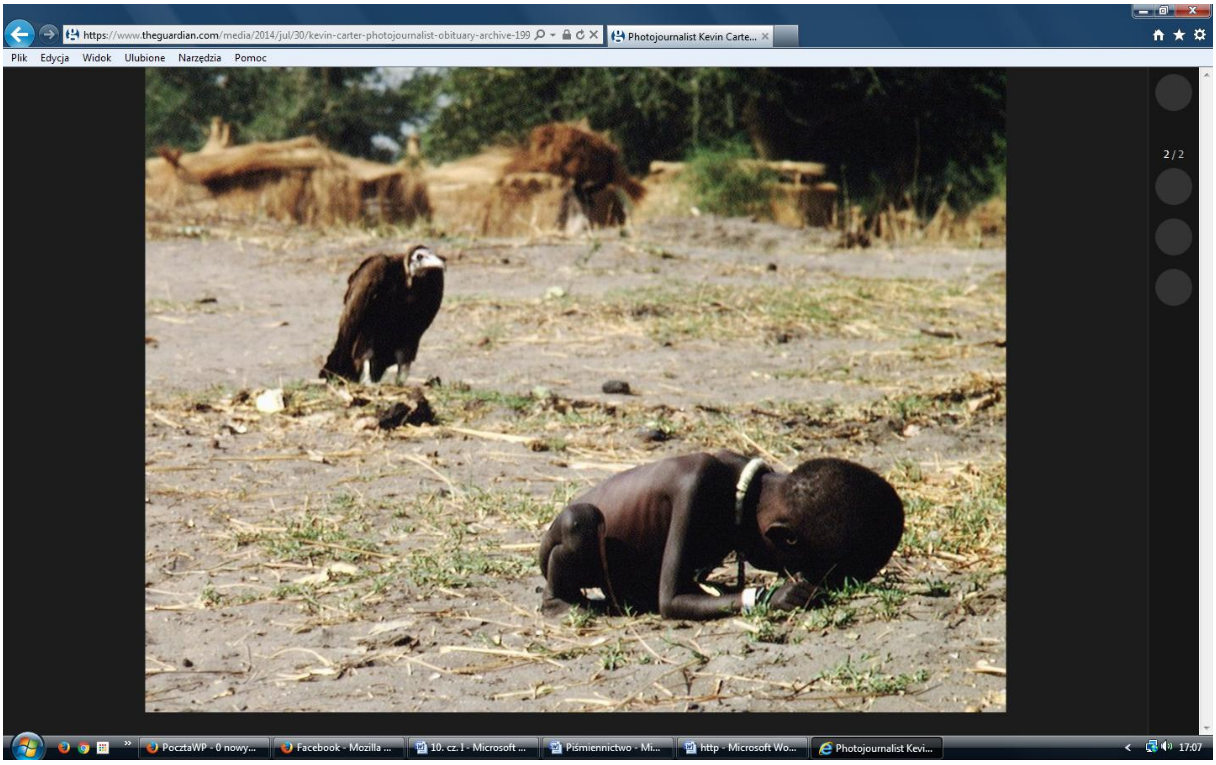
- 1992 - fot. James Nachtwey ukazujące matkę niosącą do grobu martwe dziecko zawinięte w całun (Bardera, Somalia)
- 2001 - fot. Erik Refner - ukazujące przygotowywane do pochówku ciało rocznego chłopca, który zmarł z odwodnienia w obozie dla uchodźców w Jalozai, w Pakistanie
- 2002 - fot. Eric Grigorian Qazvin, ukazujące irańskiego chłopca trzymającego spodnie zmarłego ojca – ofiary trzęsienia ziemi.
- 2005 - fot. Finbarr O'Reilly obrazujące palce niedożywionego, rocznego Alassa Galisou dociskane do ust matki Fatou Ousseini w ośrodku dożywiania kryzysowego (Tahoua, Nigeria).
- 2010 - fot. Jodie Bieber, przedstawiające Bibi Aishę – 18-letnią dziewczynę, która uciekła od męża do rodziny, ponieważ ten bardzo brutalnie ją traktował, a którą spotkała za to sroga kara – po odczytaniu wyroku szwagier dziewczyny przytrzymał ją, a mąż najpierw odciął jej uszy, a następnie nos.
- 2011 - fot. Samuel Aranda - zdjęcie wykonane w szpitalu polowym w Sanie (Jemen), przedstawiające Fatimę Al-Qaws trzymającą w ramionach syna, rannego podczas demonstracji przeciwko rządom Alego Abdullaha Saleha.

Na fotografiach z 2013-2015 roku, za Iżykowska [25] widać cierpiące jednostki, które w ogólnomedialnym przekazie są sprowadzane do bezimiennych liczb. Obraz ma tutaj moc *odsłaniania* jednostkowych historii. W 2013 roku zwycięska fotografia w konkursie *World Press Photo* przedstawiała płaczącą kobietę ocalałą po bombardowaniu domu w Syrii, w którym zginął jej mąż i dwaj synowie [25]. Drugą nagrodę przyznano zdjęciu zrobionemu w jednym z niewielu funkcjonujących szpitali w północnej Syrii, również po bombardowaniu i ukazującą zakrwawionego płaczącego chłopca. Trzecia fotografia przedstawiała martwego żołnierza z Sudanu, dryfującego na wodzie twarzą do dna [25]. W 2014 roku ponownie dominowały zdjęcia wojenne, a pierwsza nagroda przypadła zdjęciu ze szkoły w Bułgarii, która służyła za prowizoryczne lokum dla uchodźców z Syrii [25]. Drugie nagrodzone zdjęcie przedstawiało partyzana w trakcie robienia bomb w Syrii, a trzecie - to obraz uchwycony przed egzekucją (powieszeniem) za kradzież dóbr wartych 15 dolarów [25]. W ostatniej edycji z roku 2015, pierwszą nagrodę przyznano zdjęciu obrazującego wojnę domową na Ukrainie - stół, na którym jest pełno krwi i odłamków szkła. Druga nagroda ilustrowała ponton przepełniony po brzegi uchodźcami, a trzecia - imigranta ukrywającego się przez Gwardią [25].

Wybieranie i publikowanie w prasie fotografii sytuacji granicznych, związanych ze śmiercią lub umieraniem, stało się zdaniem autora [8], codziennością nie wywołującą szczególnego moralnego dyskomfortu, gdyż śmierć anonimowych osób pokazywana w wysokonakładowych gazetach, deprecjonuje bezpośredniość utraty i metafizykę odejścia, ale ożywa w publicznych dyskusjach wówczas, gdy dotyczy umierania osób sławnych, lubianych, wzbudzających społeczną sympatię i akceptację.

Pozostaje jednak pytanie, czy etyczne jest fotografowanie i upublicznianie śmierci innego człowieka, ofiar tragedii lub katastrofy, zamachu, czy przestępstwa?

Kazberuk [8] za najbardziej spektakularny przypadek utytułowanego fotografa, który nie uniósł moralnego ciężaru wykonanego zdjęcia uznał Kevina Cartera, który w 1993 roku pojechał do Sudanu, aby fotografować ofiary klęski głodu [33]. Szukając ulgi od widoku setek umierających ludzi, wybrał się w głąb buszu, gdzie nagle zauważył chudziutką dziewczynkę starającą się dotrzeć do punktu, w którym rozdawano żywność. W chwili, gdy zatrzymała się, aby odpocząć, Carter zaczął robić jej zdjęcia. W tym momencie tuż obok dziecka wylądował tłusty sęp. Nie chcąc spłoszyć ptaka, fotograf w bezruchu fotografował scenę i czekał godzinę przy umierającej na słońcu kilkuletniej dziewczynce, by przycupnięty obok niej sęp wreszcie rozwinął skrzydła [33].



https://www.theguardian.com/media/2014/jul/30/kevin-carter-photojournalist-obituary-archive-1994

Niedługo po tym zdjęcie trafiło na pierwszą stronę "New York Timesa" i w krótkim czasie zyskało rangę symbolu konfliktu w Sudanie. Carter wyznał w jednym z wywiadów, że po zrobieniu zdjęcia usiadł pod drzewem i długo płakał. Wiele razy pytano go, czy dziewczynka przeżyła i dlaczego jej nie pomógł. Niektórzy krytykowali reportera za bierność w tak dramatycznej sytuacji i zastanawiali się nad etyczną stroną takiego postępowania. Obrońcy zachowania Cartera tłumaczyli, że on tylko zrobił zdjęcie jednego z tysiąca umierających dzieci. Zamieszczenie go na okładce dziennika wywołało masową reakcję społeczną i zbiórkę pieniędzy na pomoc żywnościową dla krajów, takich jak Sudan [33]. Po tym do Cartera zadzwoniła Nancy Buirski, wydawca "New York Timesa" z informacją, że został laureatem Nagrody Pulitzera [33]. Po roku od tego wydarzenia Kevin Carter zdecydował się popełnić samobójstwo, pisząc w liście pożegnalnym *„Jestem załamany. Bez telefonu, bez pieniędzy na czynsz i na alimenty. Prześladują mnie żywe obrazy zabitych i cierpiących, widok ciał, egzekucji, rannych dzieci. Odszedłem i jeśli będę miał szczęście, dołączę do Kena”* [33].

Podobnie kontrowersyjne może być zdjęcie Charlesa Portera. 19 kwietnia 1995 roku przed budynkiem federalnym w Oklahoma City doszło do gigantycznej eksplozji [34]. W wyniku drugiego, co do wielkości, zamachu terrorystycznego na terenie Stanów Zjednoczonych zginęło 168 osób, a ponad 680 zostało rannych. Symbolem tej tragedii stało się zdjęcie ukazujące strażaka niosącego na rękach umierające dziecko [34]. Za namową przyjaciela zdecydował się szybko wywołać i przesłać zdjęcie do lokalnej gazety. Po czterech godzinach zdjęcie zostało rozesłane po całym świecie przez agencję Associated Press, a Charles Porter uhonorowany został w roku 1996 nagrodą Pulitzera. Dziecko niesione na rękach przez strażaka nie przeżyło [34].

Tochman [35] w książce-reportażu o Filipinach (*Eli, Eli*) zastanawia się nad etyką pracy fotoreportera dziwiąc się, że *„białego fotografa ułomność i choroba interesują szczególnie”*.

Medialne rankingi ze śmiercią w tle

Ktokolwiek kontroluje media, kontroluje umysł.
Jim Morrison [36]

Na srebrnym ekranie, za Wawrzyn [37], każdego roku, miesiąca, tygodnia padają setki ofiar powodując, że prawie każdy współczesny serial staje się jeszcze bardziej

emocjonujący i uzależniający. Powstają też swoiste rankingi, jak np. wykaz 10 najbardziej szokujących serialowych śmierci, wykorzystujący fakt, że czasem ulubieni bohaterowie widzów mordowani są z zaskoczenia, czasem jest to zapowiadane tygodniami, co nie tylko nie łagodzi, ale jeszcze bardziej podgrzewa atmosferę, jak np. [37]:

- Ned Stark (Sean Bean) – "Gra o tron"
- Zoe Barnes (Kate Mara) – "House of Cards"
- Will Gardner (Josh Charles) – "Żona idealna"
- Matka (Cristin Milioti) – "Jak poznałem waszą matkę"
- Lori Grimes (Sarah Wayne Callies) – "The Walking Dead"
- Joss Carter (Taraji P. Henson) – "Person of Interest"
- Nicholas Brody (Damian Lewis) - "Homeland"
- Matthew Crawley (Dan Stevens) - "Downton Abbey"
- Tara Knowles (Maggie Siff) – "Synowie Anarchii"
- Derek Shepherd (Patrick Dempsey) - "Chirurdzy".

Portal TVLine, z kolei [38], przygotował zestawienie piętnastu najbardziej szokujących telewizyjnych zgonów w 2015 roku i zaliczył do nich:

- Szeryf Liz Forbes / The Vampire Diaries
- Lowella / Zombie
- Jerome / Gotham
- Charlie Bradbury / Supernatural
- Deanna / The Walking Dead
- Cami O'Connell / The Originals
- Paul Dierden / Orphan Black
- Juliette Silverton / Grimm
- Eddie Thawne / The Flash
- Kapitan Hak / One Uppon a Time
- Peter Quinn / Homeland
- Rachel Posner / House of Cards
- Jon Snow / Game of Thrones
- Derek Shepherd / Grey's Anatomy
- Zeek Braverman / Parenthood.

Kolejny ranking dotyczy najbogatszych nieżyjących celebrytów opublikowany na stronie Forbes.pl [39], prezentowany poniżej. Wykorzystywany jest w tym przypadku fakt, iż

bardzo często gwiazdy stają się jeszcze bardziej sławne po ich śmierci. Wzrost popularności doprowadza do zwiększenia ich honorarium, tzw. tantiem. Nieżyjące gwiazdy bardzo często zarabiają mnóstwo dolarów długo po swojej śmierci. Zdobyte bogactwo zostaje wtedy podzielone pomiędzy członkami rodziny, menadżerami, agencjami oraz organizacjami charytatywnymi. Czy jednak taki ranking jest etyczny?

Ranking 9 najbogatszych nieżyjących celebrytów opublikowany na stronie Forbes.pl, źródło: [39]

Pozycja	Imię i nazwisko	Data śmierci	Przyczyna śmierci	Majątek (w mln dol.)
1.	Michael Jackson	25 czerwca 2009	przedawkowanie leków	275
11	Steve McQueen	30 listopada 1980	powikłania pooperacyjne	6
2.	Elvis Presley	16 sierpnia 1977	zawał serca	60
3.	J.R.R. Tolkien	2 września 1973	krwawienie wewnętrzne	50
4.	Charles Schulz	12 lutego 2000	rak jelita	33
5.	John Lennon	8 grudnia 1980	zabójstwo	17
6.	Stieg Larsson	9 listopada 2004	zawał serca	15
7.	Dr Seuss (Theodor Geisel)	24 września 1991	przyczyny naturalne	11
8.	Albert Einstein	18 kwietnia 1955	przyczyny naturalne	10
9.	George Steinbrenner	13 lipca 2010	zawał serca	8

Kolejny ranking, to Ranking najdziwniejszych śmierci na świecie, a listę krajów, w których zgon z takiej rzadkiej przyczyny jest najbardziej prawdopodobny, opublikowało BBC [40]. W rankingu okazało się, że jeżeli ktoś chciałby umrzeć z powodu upadku z drabiny, to najbardziej prawdopodobne jest to w Republice Czeskiej. Upadek z łóżka jako przyczyna zgonu jest najbardziej prawododobny na Węgrzech. Śmierć z powodu wypadku z kosiarką do trawy, to specjalność Stanów Zjednoczonych. Na raka najczęściej umiera się w Danii, na cukrzycę na Mauritiusie, a na astmę na Fidżi. Samobójstwo dominuje w Korei Południowej w przypadku kobiet i na Litwie w przypadku mężczyzn. Śmierć z powodu chorób serca najbardziej prawdopodobna jest na Ukrainie, z powodu narkotyków w Afganistanie, a z powodu uderzenia meteora na Antarktydzie. Rosja przoduje w dziedzinie zatruć, Japonia jest globalnym liderem w dziedzinie śmierci ze starości, a Polska nie ma żadnej światowej specjalności [40].

Inny ranking dotyczy, np. najbardziej tragicznych i głośnych śmierci gwiazd, zaliczając do nich [41]:

- Selena Quintanilla-Pérez - jedna z najpopularniejszych amerykańskich i meksykańskich piosenkarek, kiedy została zamordowana miała zaledwie 23 lata, została zastrzelona przez szefa swojego fanklubu w 1995 roku podczas gorącej dyskusji odnośnie brakujących pieniędzy
- Paul Walker - znany przede wszystkim jako Brian O'Conner z serii filmów „Szybcy i wściekli", zmarł w wyniku wypadku samochodowego w 2013 roku.
- Król muzyki pop, Michael Jackson - zmarł 25 czerwca 2009 roku, zgon artysty był traktowany jako zabójstwo, a jego lekarz Conrad Murray został oskarżony o nieumyślne spowodowanie śmierci.
- Aktorka Brittany Murphy - znana m.in. z takich filmów jak „Dziewczyny z wyższych sfer", czy „Miłość i inne nieszczęścia", została znaleziona martwa w wieku 32 lat, a przyczyna śmierci aktorki do dziś jest nieznana, rozważano wiele możliwości - zapalenie płuc, przypadkowe przedawkowanie narkotyków, albo metali ciężkich.
- Christina Grimmie - finalistka programu „The Voice", znana w sieci za sprawą cowerów piosenek publikowanych w serwisie YouTube, zmarła w szpitalu, po tym jak została postrzelona podczas spotkania ze swoimi fanami w Orlando
- Księżna Walii Diana - została śmiertelnie ranna w wypadku samochodowym, miała 36 lat, kierowca był pijany i stracił kontrolę nad pojazdem, ale część osób uważa, że do wypadku przyczynili się również paparazzi ścigający samochód, w którym znajdowała się Księżna.
- Steve Irwin - znany jako Crocodile Hunter, poświęcił swoje życie dzikim zwierzętom, które były ostatecznie przyczyną jego śmierci w 2006 roku, zginął 4 września podczas kręcenia filmu dokumentalnego. Przyczyną śmierci było przebicie klatki piersiowej przez płaszczkę.

Inny ranking dotyczy najbardziej szokujących kar śmierci, współczesnych czasów [42], czy też nieudanych egzekucji kar śmierci wymieniając przypadki [43]:

- Allena Lee Davisa - był okrutnym zabójcą, który nie miał litości dla ciężarnej mieszkanki Jacksonville w stanie Floryda oraz jej córek: 9-letniej Kristiny i 5-letniej Katherine. W trakcie nieudanej egzekucji zebrani w sali ludzie musieli patrzeć na krwawiącego mężczyznę, który przeżywał męczarnie. Jeden z sędziów opublikował drastyczne zdjęcia, jakie wykonano podczas rażenia prądem. Rozpisywano się wtedy

nie o egzekucji, a o "śmiertelnych torturach na krześle elektrycznym". Naciski opinii publicznej i ekspertów sprawiły, że zniesiono tę metodę i wprowadzono zastrzyk z trucizną (do dziś w stanie Floryda skazańcy mogą jednak wybrać rodzaj egzekucji).

- Ángela Nievesa Díaza - portorykański skazaniec, który dostał najwyższy wyrok za napaść na klub ze striptizem, jakiej miał się dopuścić wraz z kolegami i zastrzelenie kierownika klubu. Egzekucja trwała prawie godzinę. Po pierwszym wstrzyknięciu śmiertelnego zastrzyku, Díaz nadal się poruszał (mrużył oczy, krzywił się, próbował otworzyć usta, oblizywał wargi, dmuchał i usiłował coś powiedzieć). Trzeba było podać kolejną dawkę leku. Okazało się, że kaci wbili igłę w tkanki miękkie, a nie żyły. Dwa dni po egzekucji, gubernator Jeb Bush zawiesił wszystkie egzekucje w stanie Floryda i powołał komisję, która miała rozważyć "humanitarność i konstytucyjność" śmiercionośnych zastrzyków.
- Christophera Newtona - który do więzienia trafił za włamanie do domu swojego ojca i próbę kradzieży. W 2001 roku, po kolejnej przegranej w szachy, zadusił gołymi rękoma swojego 27. letniego kolegę z celi. Podczas wykonywania egzekucji sanitariusze mieli problemy ze znalezieniem żył. Wykonali nawet kilka nakłuć, ale żadne nie pozwalało na umieszczenie wenflonu. Egzekucja, która zazwyczaj nie trwa dłużej niż 20 minut, zajęła ponad dwie godziny. Egzekwowanie wyroku tak się przedłużyło, że po kilkudziesięciu minutach skazanemu pozwolono wyjść nawet do toalety!
- Claytona Locketta - został skazany na karę śmierci za morderstwo pierwszego stopnia. 29 kwietnia 2014 roku w trakcie egzekucji zaczął kopać nogą, dostał skurczy, a następnie wijąc się i jęcząc z bólu wymamrotał słowo "człowiek". Egzekucja została zatrzymana, ale Clayton Lockett zmarł po 43 minutach na atak serca. Władze więzienne twierdzą, że egzekucja Locketta zakończyła się niepowodzeniem z powodu występujących u skazańca problemów z krążeniem. Jednak w czasie wykonywania wyroku do zastrzyku po raz pierwszy wykorzystano niestosowaną wcześniej substancję uspokajającą .
- Dennisa McGuire - skazany za gwałt i zabójstwo, po wstrzyknięciu trucizny początkowo pozostawał nieruchomy. Po pięciu minutach nagle zaczął wydawać głośne dźwięki sapania i prychania przypominającego chrapanie. Trwało to przez kolejne 10 minut. W tym czasie jego brzuch wznosił się i opadał, jak w konwulsjach. Zgon stwierdzono dopiero po ponad kwadransie od podania trucizny. Śmierci w

męczarniach nie zapobiegli adwokaci McGuire'a, którzy bezskutecznie wskazywali, że istnieje ryzyko, iż nowa mieszanka użyta w zastrzyku zada skazanemu ogromne cierpienie: będzie dusił się w bólach i przerażeniu. Użyto bowiem, po raz pierwszy w USA, nowej mieszanki leków: midazolamu i hydromorfonu.

- Emmitta Fostera - mężczyzna skazany za napaść i zabójstwo członka drużyny sportowej. Jego egzekucję przeprowadzono za pomocą śmiercionośnego zastrzyku. Trwała jednak ponad 30 minut. Najpierw, po około siedmiu minutach od wstrzyknięcia substancji, egzekucję wstrzymano, bo chemikalia przestały płynąć. Foster tracił oddech i miał konwulsje. Żaluzje zostały zasłonięte, by świadkowie nie widzieli tego przerażającego obrazu. Odsłonięto je ponownie po ponad 30 minutach i ogłoszono, że Foster nie żyje. Śmierć skazańca była długotrwała i bolesna, bo (jak tłumaczył koroner), skórzane paski, którymi przywiązano go do noszy, zawiązano zbyt ciasno. Uniemożliwiło to swobodny przepływ krwi w jego organizmie.
- Jesse Tafero - w 1976 roku Jesse Tafero (na przepustce z więzienia) wraz z żoną Sonią Jacobs, dwójką swoich dzieci i ich znajomym Walterem Rhodesem zostali zatrzymani do kontroli drogowej, ale przestraszyli się, bo mieli przy sobie nielegalną broń i nagle oddali strzały w kierunku policjantów. Jessiego Taferi i jego żonę. skazano na śmierć, a Rhodes dostał podwójne dożywocie. Jak się później okazało, to przyjaciel rodziny pociągnął za spust. Mimo tego wyrok na Jesse Tafero został wykonany. Mężczyzna zginął w strasznych męczarniach na krześle elektrycznym 4 maja 1990 roku. Wszystko za sprawą pomyłki strażnika, który użył gąbki syntetycznej zamiast morskiej, zapewniającej dobrą przewodność i szybką śmierć. Koszmarna egzekucja ciągnęła się przez 13 minut i 30 sekund.
- Johna Louisa Evansa - był notorycznym przestępcą, który przyznał się do ponad trzydziestu rabunków, dziewięciu porwań i dwóch wymuszeń. 5 stycznia 1977 roku, wraz ze swoim wspólnikiem zabili właściciela sklepu w Alabamie, który chcieli obrabować. 22 kwietnia 1983 roku siadł na krześle elektrycznym, które nie było używane od 1965 roku, gdyż obowiązywało moratorium na wykonywanie wyroków. Około godziny 20.30 otrzymał pierwszą dawkę prądu. Trwało to 30 sekund. Z elektrody, przyczepionej do lewej nogi Evansa, zaczęły lecieć iskry i pojawiły się płomienie. Dym i iskry pojawiły się również nad głową skazańca. Niedługo potem zaczęło płonąć jego ubranie. Lekarze orzekli jednak, że mężczyzna wciąż żyje. Wtedy przez kable popłynęła kolejna dawka prądu. Jednak i ona nie spowodowała śmierci. Po drugiej próbie adwokat zadzwonił do gubernatora Alabamy i powołując się na

konstytucję, która zabrania stosowania "okrutnych i wymyślnych kar", poprosił o ułaskawienie. Przedstawiciel władzy nie zgodził się. Po otrzymaniu trzeciej wiązki prądu, Evans zmarł

- Jose Martineza Higha - 26 lipca 1997 roku Jose Martinez High wraz ze swoimi dwoma wspólnikami napadli na stację benzynową w Georgii (USA). W środku znajdował się sprzedawca, któremu pomagał 11. letni pasierb, którego potem zabili. W grudniu 1978 roku High został skazany za morderstwo, porwanie, usiłowanie zabójstwa i napad z bronią w ręku. Egzekucja została przeprowadzona w październiku 2001 roku i trwała ponad godzinę. Sanitariusz przez 39 minut próbował odnaleźć odpowiednią żyłę skazańca. W końcu medycy zdecydowali się zrobić nacięcie w okolicach klatki piersiowej. Następnie zaczęli podawać śmiertelne substancje. Skazaniec nie stracił jednak przytomności. W pewnym momencie przekręcił swoją głowę w lewo i wykrzyczał coś, co było kompletnie niezrozumiałe dla świadków. Wciąż miał otwarte oczy, potem ziewnął i otworzył usta, jakby chciał znów coś powiedzieć. Był to jednak niemy krzyk, bo Martinez w tym momencie zmarł.
- Josepha Lewisa Clarka, który 13 stycznia 1984 roku, około godziny 21.00 wtargnął na stację benzynową w Toledo (USA) i uzbrojony w pistolet, sterroryzował pracownika oraz zażądał od niego pieniędzy, a gdy dostał gotówkę, zastrzelił 22-latka. Ostatni dzień życia skazańca wyznaczono na 2 maja 2006 roku w Ohio (USA). Niestety personel medyczny, asystujący przy wykonywaniu wyroku miał duże problemy ze znalezieniem żyły. W końcu udało im się wbić w jedną i rozpoczęli wstrzykiwanie trucizny. Procedury wymagają jednak, by wenflony były umieszczone w dwóch żyłach. Krótko po wtoczeniu śmiercionośnych substancji, skazaniec zaczął przeraźliwie krzyczeć: "To nie działa!". Uśmiercanie w imię prawa zostało przerwane. Przez kolejne 40 minut sanitariusze poszukiwali odpowiedniej żyły. Skazaniec został zasłonięty kotarą, a świadkowie słyszeli tylko pojękiwania i płacz. W końcu dokonano egzekucji i morderca zmarł.
- Romella Brooma - został skazany na karę śmierci za zgwałcenie i zamordowanie 14-letniej Tryny Middleton. Termin egzekucji wyznaczono na 16 września 2009 roku. Technicy medyczni, asystujący przy egzekucji nie potrafili odnaleźć żył, które byłyby odpowiednie do włożenia wenflonu. Poszukiwania trwały prawie dwie godziny. Sam Broom włączył się w poszukiwania i współpracował ze swoimi katami. Pocierał ręce i wskazywał potencjalne miejsce wkucia. W końcu skazaniec tego nie wytrzymał. Schował twarz w dłonie i rozpłakał się, a egzekucję odłożono. Kolejna próba miała

odbyć się po tygodniu. Adwokat przestępcy złożył jednak apelację. Mężczyzna wciąż przebywa w więzieniu.

- Toma Ketchuma - był członkiem miejskiego gangu i notorycznym złodziejem, bardziej znanym pod przydomkiem Black Jack. W sierpniu 1899 roku został schwytany przez policję i skazany na karę śmierci. Egzekucja odbyła się dwa lata później w Clayton (Nowy Meksyk). Wyroki wykonywano wtedy poprzez powieszenie, ale przy tej metodzie komplikacje zdarzały się bardzo często, zwłaszcza z powodu nieodpowiedniej długości sznura do wagi skazańca - gdy był za krótki, przestępca umierał w męczarniach poprzez uduszenie. W przypadku Ketchuma - sznur był za długi. Ponadto, w czasie oczekiwania na egzekucję, skazaniec znacznie przytył. Gdy zapadnia została uruchomia, głowa mężczyzny została odcięta!
- Willie Francisa - miał być ukarany za zabójstwo właściciela apteki, u którego pracował. Pierwsza próba zgładzenia chłopca odbyła się 3 maja 1946 roku. 17-latek został rażony prądem na krześle. W pewnym momencie zaczął krzyczeć: "przestańcie, dajcie mi oddychać!". Nastolatek przeżył własną śmierć. W tym przypadku zawinili kaci, którzy prawdopodobnie byli pijani i źle umocowali krzesło. Nieskuteczne zabójstwo w imię prawa zostało zakończone niepowodzeniem, a nastolatek wrócił do celi. Po cierpieniach, jakie przeszedł Francis, jego adwokat wniósł apelację do sądu najwyższego. Argumentował, że ponowna egzekucja jest "karą okrutną i wymyślną", a taka jest zabroniona przez piątą poprawkę do konstytucji. Na nic zdała się jednak interwencja adwokata młodego zabójcy. Nowy termin wyznaczono na 9 maja 1947 roku. Tym razem przebiegła poprawnie i skazaniec zmarł.

Kolejny ranking medialny związany jest z polskimi "drogami śmierci" [44] i zaliczono tu drogi:

- Lubicz - Lipno - DK 10. Długość: 40 km. Liczba wypadków: 68
- Lublin - Piaski - DK 12. Długość: 25 km. Liczba wypadków: 60
- Warszawa - Mińsk Maz. - DK 2. Długość: 20 km. Liczba wypadków: 52
- Lubartów - Lublin - DK 19. Długość: 27 km. Liczba wypadków: 50
- Wałbrzych - Świebodzice- DK 35. Długość: 11 km. Liczba wypadków: 49
- Brzesko - Wojnicz - DK 4. Długość: 23 km. Liczba wypadków: 44
- Mińsk Mazowiecki - Kałuszyn - DK 2. Długość: 24 km. Liczba wypadków: 42
- Rabka - Nowy Targ - DK 47. Długość: 19 km. Liczba wypadków: 32
- Lublin - Łęczna - DK 82. Długość: 18 km. Liczba wypadków: 34

- Lubień - Rabka - DK 7. Długość: 16 km. Liczba wypadków: 28

oraz ranking najbardziej morderczych dróg i niebezpiecznych autostrad [45]:

- A4 - 140 wypadki, 18 zabitych, 211 rannych
- A2 - 83 wypadki, 15 zabitych, 109 rannych
- A1 - 46 wypadków, 6 zabitych , 64 rannych
- A6- 9 wypadków, 1 zabity, 10 rannych
- A8 - 11 wypadków, 20 rannych.

Następny ranking dotyczył kataklizmów, które nawiedziły planetę w 2015 roku, opublikowany przez Munich Re, największą na świecie firmę reasekuracyjną [46]. Na skutek klęsk żywiołowych śmierć poniosły 23 tysiące ludzi, w porównaniu z rokiem 2014 gdy zginęło 7,7 tysiąca, a średnia 30. letnia wynosi 54 tysiące. Straty materialne sięgnęły 90. miliardów dolarów, z czego tylko 27 miliardów było objętych ubezpieczeniem (w 2014 roku straty oszacowano na 110 miliardów dolarów, a średnia 10. letnia wynosi 130 miliardów dolarów).

Za najbardziej zabójcze kataklizmy [47] uznano:

- wiosenne trzęsienia ziemi w Nepalu - zginęło wówczas 9 tysięcy osób, a prawie 22 tysiące zostało rannych. Główny wstrząs miał siłę M7.8. Później nadeszły bardzo mocne wstrząsy wtórne. W gruzach znalazły się tysiące budynków, niektóre zabytkowe, wpisane na listę UNESCO.
- falę największych od lat upałów, która nawiedziła w maju i czerwcu Indie i Pakistan. Temperaturze blisko 50 stopni w cieniu towarzyszyła wyjątkowo wysoka wilgotność powietrza. Z powodu parnego powietrza zmarło 3.670 ludzi.
- letnia fala upałów w Europie, która zabiła 1250 osób, zwłaszcza w Belgii, Holandii, Francji i Wielkiej Brytanii.
- dramatyczne powodzie, które pod koniec roku w południowo-wschodnich Indiach odebrały życie 597 osobom.
- gwałtowna burza, która spowodowała zatopienie chińskiego promu na rzece Jangcy, doprowadzając do utonięcia 444 osób. Według relacji kapitana i załogi w statek uderzyła trąba wodna, jednak później chińscy meteorolodzy, za pomocą danych radarowych wyjaśnili, że prom zatonął w wyniku tzw. prądu zstępującego, który opadł na jednostkę z prędkością blisko 120 kilometrów na godzinę.

Opracowywane są także wykazy np. piosenek ze śmiercią w tle [48]:

- Dire Straits - *Brothers in Arms* - Mark Knopfler pisał tę piosenkę z myślą o swoim ojcu, który był ochotnikiem w armii izraelskiej, ilustruje ją czarno-biały, animowany teledysk, o przesłaniu antywojennym

  (….) Pozwólcie, że pożegnam się
  Każdy w końcu musi umrzeć
  Ale jest zapisane w gwiazdach
  I w każdej linii na twej dłoni:
  Jesteśmy głupcami walcząc wciąż
  Przeciwko naszym towarzyszom broni

- Nick Cave, Kylie Minogue - *Where the Wild Roses Grow* - inspiracją do napisania utworu było tradycyjna pieśń "Down in the Willow Garden", opowiadająca o mężczyźnie, który zabija swoją ukochaną

  (...) Trzeciego dnia zabrał mnie nad rzekę
  Pokazał mi róże, a potem całowaliśmy się
  A na końcu, usłyszałam wymamrotane słowo
  Gdy klęknął nade mną z kamieniem w dłoni

  Ostatniego dnia zabrałem ją tam, gdzie kwitną dzikie róże
  Ona leżała na brzegu, wiatr lekki jak złodziej
  Pocałowałem ją na pożegnanie, mówiąc: „Wszystko co piękne, musi umrzeć”
  Nachyliłem się nad nią i włożyłem różę między jej zęby (...)

- Eric Clapton - *Tears in Heaven* - w tym utworze wyraził swoją rozpacz, po śmierci swojego syna, który w 1991 roku wypadł z okna pokoju hotelowego na 53 piętrze i zginął na miejscu.

  Czy znałbyś moje imię, gdybym zobaczył Cię w Niebie?
  Czy byłoby tak samo, gdybym zobaczył Cię w Niebie?
  Muszę być silny i iść dalej,
  Bo wiem, że tu w Niebie nie jest moje miejsce.

  Czy wziąłbyś mnie za rękę, gdybym zobaczył Cię w Niebie?
  Czy pomógłbyś mi wstać, gdybym zobaczył Cię w Niebie?
  Odnajdę moją drogę przez noc i dzień,
  Bo wiem, że po prostu nie mogę zostać tu w Niebie.(...)

- Eric Clapton - *The Circus Left Town* - utwór przedstawiający ostatni dzień spędzony wspólnie z synkiem
- Eric Clapton - *Lonely Stranger* - utwór będący opowieścią o samotności człowieka, po stracie kogoś bliskiego
- Eric Clapton - *My Father's Eyes* - utwór poświęcony synkowi
- Golden Life - *24.11.94* - piosenka opowiada o przemijaniu, powstała w 1994 roku, po tym, jak 24 listopada w Hali Stoczni Gdańskiej, podczas koncertu Adama Wolskiego i jego grupy, doszło do pożaru, którego przyczyną było prawdopodobnie podpalenie. Zginęło 7 osób, w tym 13-letnia dziewczynka i operator telewizyjny, który wrócił do Hali, by wynieść sprzęt. Rannych zostało około 300 osób

  Gdy matka tuli w ramionach dziecko swe
  Jej miłość staje przeciw złym mocom
  Tak ludzie modlą się o urodzajny deszcz
  Jak ona czuwa nad nim nocą
  Wyfruwa wreszcie z gniazda młody ptak
  Bo przywilejem jest młodości
  Zabawa, radość, przyjaźń, a nie strach
  Bo młodość nie chce wiedzieć o tym, że

  Życie choć piękne tak kruche jest
  Wystarczy jedna chwila by zgasić je
  Życie choć piękne tak kruche jest
  Zrozumiał ten kto otarł się o śmierć

  I nie do końca piękny jest ten świat
  Gdy wciąż odwieczne prawa łamie
  Zabiera miłość, młodość, słońca blask
  Lecz my nie chcemy wiedzieć o tym, że

  Życie choć...
- The Cranberries - *Zombie* - utwór dedykowany pamięci dwójki dzieci, które poniosły śmierć w zamachach bombowych Irlandzkiej Armii Republikańskiej, w północno-zachodniej Anglii 20 marca 1993 roku. Tego dnia Dolores O'Riordan była na zakupach i na własne oczy widziała śmierć jednego z tych chłopców. W "Zombie"

pojawia się, także nawiązanie do roku 1916, kiedy miał miejsce początek konfliktu zbrojnego, pomiędzy Irlandią i Wielką Brytanią.

(...) och, tu, tu, tu, tu, tu...

Kolejnej matki rozpaczające
Serce przejmuje władzę.
Kiedy przemoc powoduje ciszę,
Musimy być w błędzie.

To ten sam stary motyw, od 1916.
W waszej głowie, w waszej głowie, oni wciąż walczą,
Z ich czołgami i ich bombami,
I ich bombami, i ich bronią.
W waszej głowie, w waszej głowie oni umierają (...)

- Kasia Kowalska - *Bezpowrotnie* - utwór nagrany w 2002 roku dla upamiętnienia trzykrotnego Mistrza Świata Formuły 1, Ayrtona Senny**,** który zginął podczas Grand Prix San Marino, 1 maja 1994 roku

(...) Czuję w sobie gniew
W końcu nadszedł dzień
Czuję w sobie lęk
Bezpowrotnie tracę Cię
Tonę, tonę, tonę, tonę w morzu łez
(Nie będziesz już ze mną)
Odejdź, gdy zechcesz znów
(Nie będziesz już ze mną)
Zabierz ze sobą ból

Składam skrawki swoich lat
Niecierpliwie czekam zmian obok nas
Oddam dziś co tylko chcesz, co chcesz
Bądź tylko ze mną...

Stąpać ponad ziemią choć raz byś chciał

Stąpać po krawędzi, gdzie lęk i strach
Wierzyć, że dopiero Twa śmierć to start (..)

- Puff Daddy - *I'll Be Missing You* - piosenka została nagrana przez Puffa Daddy'ego i Faith Evans, w hołdzie zamordowanemu w 1997 roku Notoriousowi B.I.G.
Tak, to
jest dla wszystkich, którzy stracili kogoś
kogo naprawdę kochali (...)

Big, moich myśli nie potrafię określić
Chciałbym móc cofnąć czas
My w szóstkę, kupując nowe ciuchy
Razem poruszając się
Robiąc uderzenia, sceny na których cię przyjmują
Nadal nie wierzę, że odszedłeś
Oddałbym wszystko by usłyszeć połowę twojego oddechu
wiem, ze nadal żyjesz po śmierci (...)

- Łzy - *Anastazja, jestem* - inspiracją do powstania utworu była śmierć kliniczna, jakiej doświadczył gitarzysta zespołu Łzy, Adam Konkol i opowiada właśnie o tych wydarzeniach oraz porusza dość kontrowersyjny temat, jakim jest eutanazja
Leżę tutaj już od piętnastu lat
Nie mogę nic powiedzieć, ruszyć ręką, ani wstać
Sprawny umysł mam, jednak martwe ciało
Wszystko słyszę i czuję, po prostu wegetuję (...)

Codziennie pytam, czy kiedyś to się skończy
I nienawidzę słów: "Nic nas nie rozłączy"
Codziennie modlę się, byś zabrał mnie ze sobą
Ludzie nie mają prawa, ludzie zabić mnie nie mogą!

- Republika - *Śmierć na pięć* - ostatni utwór Grzegorza Ciechowskiego, nagrany przed jego śmiercią w grudniu 2001 roku, opowiada o poczuciu umierania bez ukochanej

osoby, w kontekście jego śmierci i osób, które osierocił, nabiera zupełnie innego wymiaru

(...) najpierw pstrąg
a za pstrągiem karp
potem ja
po mnie morski koń
morski pies
a na końcu kot
nie ma cię -
samobójczy zew (...)

najpierw pstrąg
a za pstrągiem karp
potem ja
po mnie morski koń
morski pies
a na końcu kot
nie ma cię -
moja śmierć na pięć

- Pink Floyd - *The Great Gig in the Sky* - kompozycja, opowiadającą o śmierci i przemijaniu

Wielki koncert na niebie.

I nie boję się umrzeć. Kiedykolwiek to będzie. Nie przejmuję się.
Dlaczego miałbym bać się umrzeć? Nie ma żadnego powodu.
Każdy kiedyś odejdzie.
Nigdy nie powiedziałem że się boję umrzeć.

Internet - nowe medium

Internet nie jest jednym prostym zjawiskiem.
Jest jak książka: czy książka jest dobra czy zła? Jeśli zatytułowana jest Mein Kampf*,*
to jest zła, jeśli Biblia, to dobra. Tak samo jest z internetem: to narzędzie,

które w wielu wypadkach zmieniło nasze życie, naszą zdolność dokumentacji, komunikacji itd. W wielu innych przypadkach rozpowszechnia jednak fałszywe informacje. Nigdy nie wiadomo, czy to, co dociera za pośrednictwem internetu, jest prawdziwe czy fałszywe

Umberto Eco [49]

W opinii Kazberuka [8], o ile obecność zjawiska śmierci w publicystycznych audycjach radiowych jawi się jako podstawa i inspiracja do podjęcia dyskusji o komentowanych zjawiskach społecznych, o tyle częstotliwość, szczególnie w ostatnich latach, pojawiania się w serwisach informacyjnych niemal wszystkich stacji radiowych, wzmianek o śmiertelnych zdarzeniach w kraju i za granicą, rośnie w zastraszającym tempie.

Powstało nowe potężne medium – Internet, niejako symbol współczesnej cywilizacji. Kazberuk [50] dzieli strony internetowe poświęcone śmierci na:

- serwisy profesyjno-korporacyjne: zawierające informacje przeznaczone dla osób zawodowo związanych ze śmiercią, stowarzyszenia, związki i korporacje zawodowe
- portale informacyjne: strony zawierające zestawienie różnorodnych tekstów nawiązujących do rzeczy ostatecznych, „złote myśli", przypomnienie o rocznicach śmierci znanych osobistości, poezję, listę literatury, wirtualne nekrologi, etc.
- hobbystyczne: autorskie strony internetowe poświęcone śmierci.
- fetyszystyczne: strony WWW zawierające filmy, fotografie i inne materiały zawierające szczególnie drastyczne i okrutne sceny śmierci i umierania.

W konsekwencji tego dokonuje się swoista „manipulacja śmiertelnością", w obszarze której, jak wskazuje Vovelle [51]: *„śmierć ustępuje miejsca zmarłym, którzy całkowicie opanowali kulturę popularną".*

Na stronach BBC możemy znaleźć „prace" Gunthera Von Hagensa, gdzie prezentuje niemalże, tak jak na obrazach Rembranta, wypreparowane ciała ludzkie [52]. Różnica jest jednak taka, że od średniowiecza do współczesności śmierć była swoistą nauczycielką, a obecnie bardziej szokuje, wywołuje emocje, a nawet bawi. Stała się swoistym towarem, który można sprzedać i który można kupić.

Kasperski [28] uważa, iż śmierć sprzyja popularności na Facebooku, a Facebookowa społeczność najbardziej docenia artystów wtedy, gdy umrą. Autor [53] jako dowód podaje śmierć Whitney Houston. Fanpage Whitney Houston był masowo dodawany do ulubionych w dniu, gdy media obiegła wiadomość o jej tragicznej śmierci - wynika z analizy

catNapoleon.com. W lutym liczba jej fanów na Facebooku podwoiła się. Na początku miesiąca facebookową stronę piosenkarki lubiło 1,2 miliona osób, a po dwóch tygodniach liczba ta uległa zwiększeniu do 2,1 miliona [53]. W chwili obecnej strona dobija do 2,4 miliona fanów. Największy wzrost fanpage miał 12 lutego czasu polskiego (wg czasu pacyficznego śmierć piosenkarki nastąpiła 11 lutego o godz. 16), a rekordową popularność notował jeszcze przez kilka kolejnych dni. W chwili obecnej zainteresowanie stroną systematycznie spada [53]. Sytuacja wyglądała podobnie również w przypadku śmierci Amy Winehouse. Fani przypomnieli sobie o istnieniu jej strony na Facebooku 23 lipca 2011 roku, czyli w dniu jej śmierci. Podobnie jak w przypadku Whitney Houston, w kolejnych dniach zainteresowanie stroną piosenkarki zaczęło spadać [53].

Śmierć zadomowiła się na dobre w przestrzeni wirtualnej i w dobie globalizacji oraz w świecie szybkiej informacji, nabierając innego, nowego charakteru. To co było rozrywką XVI, XVII wieku dla nielicznych (*teatrum anatomicum*), dzięki współczesnym mediom jest możliwe dla szerokiego grona odbiorców podłączonych do sieci www. Znajdują się tam nie tylko bardzo osobiste wyznania ludzi śmiertelnie chorych, oczekujących kresu swoich cierpień, ale także, za Kaczmarek i Marcinkowski [54], witryny opisujące lub wręcz reklamujące możliwości eutanazji w Holandii, Szwajcarii czy w Belgii.

W związku z rozwojem popularności Internetu, zaczęły się pojawiać cybercmentarze (e-memoria), które tworzą wirtualne miejsca pamięci, w tym również dla zwierząt, np. strony: www.zaduszki.com, www.nekropolia.pl, www.virtualheaven.pl, oraz http://e-cmentarz.pl/.

Kolejnym nurtem są strony www dla rodziców, którzy utracili swoje dzieci jeszcze przed ich narodzeniem albo tuż po narodzeniu, nie mając szansy na realny grób swojego maleństwa, z racji skomplikowanych procedur [55]. Z tego powodu zaczęły powstawać strony, blogi, a potem serwisy, na których osieroceni rodzice umieszczali symboliczne nagrobki i epitafia swoich dzieci. Jeden z takich serwisów funkcjonuje w portalu Republika Dzieci (http://www.republikadzieci.pl/rd/content/blogcategory/79/184/) [55].

Są też strony dla osieroconych rodziców, a także tych, którzy borykają się z chorobą i śmiercią własnego dziecka, jak np. http://www.dlaczego.org.pl/, www.stratadziecka.pl/, czy http://www.bydalejisc.org.pl/, a, za Galanciak [55], także serwisy np. MyWonderfulLife (www.mywonderfullife.com), pozwalające zaplanować swój pogrzeb.

Serwis AccuraCast przeprowadził wnikliwą analizę najczęściej poszukiwanych, poprzez wyszukiwarkę Google, informacji na temat śmierci słynnych osób [30,31,32]. Badania dotyczyły lat 2004-2011 i zostały opublikowane pod tytułem "*Deaths That Shocked*

the Net" ("Zgony, które zaszokowały sieć") [56,57,58]. Farhad Divecha z AccuraCast wyjaśniała, iż badania serwisu wykazały, że śmierć jest najpopularniejszym tematem wśród użytkowników Internetu [58].

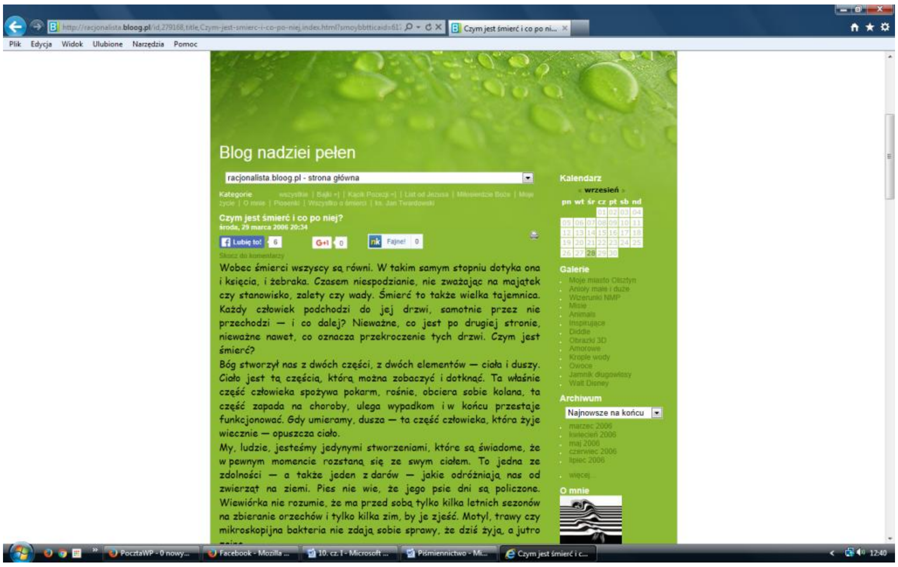
Wpisanie słowa *„śmierć”* w wyszukiwarce internetowej Google daje zwrotny wynik około 21 100 000, a słowa *„death”* – 1 390 000,000 wyników do stron internetowych zawierających to wyrażenie (stan na 29.09.2016).

W tym miejscu nie można nie wspomnieć o nagrodach Darwina (*Darwin Awards*) [59], które są corocznie przyznawanymi w wyniku głosowania w Internecie "nagrodami". W 1994 roku Wendy Nortcutt, pracująca jako biolog molekularny na Uniwersytecie Stanforda, na uniwersyteckim serwerze założyła stronę (9http://www.darwinawards.com/), na którą trafiały najdziwniejsze przypadki śmierci. Popularność strony przewyższyła wkrótce popularność wszystkich innych stron uniwersyteckich. Nazwę strony - Nagrody Darwina - wzięła z uniwersyteckiego żargonu. Biolodzy, rozmawiając o teorii doboru naturalnego Darwina, dawali przykłady ludzi, którzy okazali się na tyle głupi, że ewolucja wyeliminowała ich z życia, by *"upamiętnić osoby, które przyczyniły się do przetrwania naszego gatunku w długiej skali czasowej, eliminując swoje geny z puli genów ludzkości w nadzwyczaj idiotyczny sposób"* [59]. Warunkiem nominacji do "nagrody" jest śmierć kandydata w wyniku jego własnej głupoty lub okaleczenie się pozbawiające możliwości reprodukcji. Za przykład może posłużyć Pierre Murard, który postanowił skończyć ze sobą uznając, że żadna metoda nie gwarantuje pełnego sukcesu [59]. Wybrał się nad morze, stanął na urwisku i przywiązał kamień do skały. Zamierzał rzucić się z liną na szyi do morza, licząc na to, że jeśli nawet lina się zerwie, to uda mu się utopić. Na wypadek, gdyby i to zawiodło, połknął przed skokiem truciznę, podpalił się i strzelił sobie w głowę. Niestety, kula trafiła w linę, lina pękła, Murard wpadł do wody, która ugasiła płomienie, a dostając się do ust, spowodowała, że zwymiotował truciznę. Topiącego się Murarda zdołali uratować przypadkowi świadkowi. Samobójca został przywieziony do szpitala, gdzie zmarł wskutek wyziębienia organizmu. W 2006 roku nakręcono czarną komedię pod tytułem "Nagrody Darwina" z Winoną Ryder i Josephem Fiennesem w roli głównej [59].

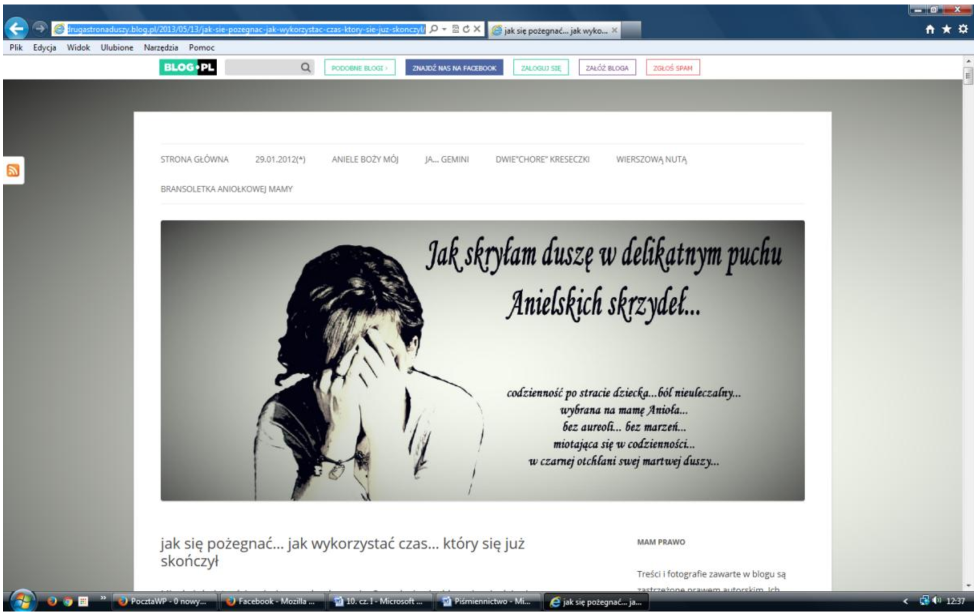
Śmierć przestała być tematem tabu. Obecnie internauci swoje zmagania ze śmiertelną chorobą opisują na blogach. W latach 90. w Polsce prekursorką takich blogów była Joanna Drażba, studentka polonistyki, walcząca z rakiem kręgosłupa i pokonana dokładnie w swoje 24 urodziny [cyt. za 60]. W trakcie choroby pisała pamiętnik, jednakże na papierze, bo sieć wtedy dopiero się w Polsce tkała. Jej wydaną w 1995 r. książka "Za parawanem powiek" tłumaczono na angielski i węgierski [cyt. za 60].

Obecnie w Internecie można odnaleźć takie blogi zahaczające o problematykę śmierci, jak np.:

- czym jest śmierć i co po niej - na stronie: http://racjonalista.bloog. pl/id,279168, title,Czym-jest-smierc-i-co-po-niej,index.html?smoybbtticaid=617cf4



- diary, śmierć, moje prawdziwe życie, na stronie: http://diary-of-death.blog.onet.pl/
- druga strona duszy - na stronie: http://drugastronaduszy.blog.pl/2013/05/13/jak-sie-pozegnac- jak-wykorzystac-czas-ktory-sie-juz-skonczyl/

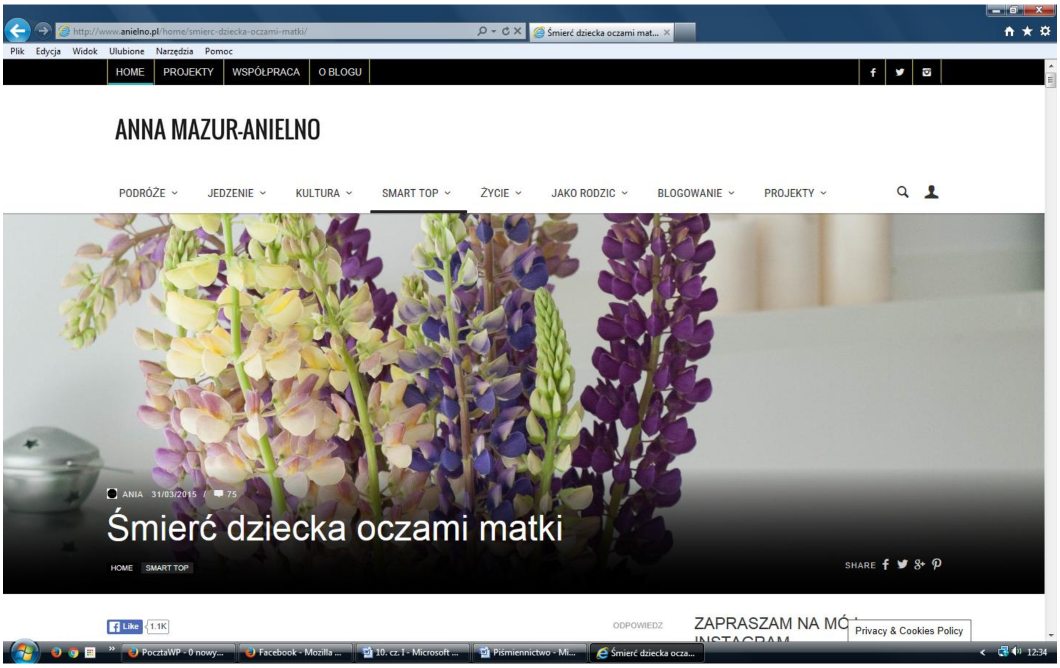


- jego śmierć, na stronie: http://jego-smierc.blog.pl/

- kiedy umrę, na stronie: http://kiedy-umre.blog.pl/
- pamiętnik śmierci … ostatnie słowa - na stronie: nowotwor.pinger.pl



- pamiętnik zmarłego, na stronie: pamietnik-zmarlego.blog.pl/
- śmierć moje marzenie, na stronie: http://smierc-moje-marzenie.blog.pl/
- Śmierć O Tobie Nie Zapomni, Prędzej - Życie, na stronie: kobieta-smierci. blog.onet.pl/
- śmierć dziecka oczami matki- na stronie: http://www.anielno.pl/home/smierc-dziecka-oczami-matki/



wszystko o śmierci - na stronie: http://martwe-morze.bloog.pl/

- wszystko o śmierci, na stronie: martwe-morze.bloog.pl/
- życie po życiu - na stronie: https://kubrynska.com/2013/03/30/zycie-po-zyciu/
- życie, śmierć i dziewczyna, na stronie: http://trumieniec.blog.onet.pl/



Górniak [60] podkreśla, iż śmierć w sieci bywa też obecna w inny sposób, bo np. część kont na portalu nasza-klasa to konta ludzi, którzy nie żyją. Często nadal jednak są prowadzone przez bliskich, są czymś w rodzaju pomnika oraz księgi pamiątkowej i kondolencyjnej wystawione ku pamięci tego, który odszedł. Powyższe powoduje, iż obok zdjęcia roześmianego pływaka, który beztrosko podskakuje na falach Adriatyku lub Morza Czerwonego, widzimy zdjęcie jego grobu [60].

Zdarza się też rozpowszechnianie nieprawdziwych informacji o śmierci w Internecie. Przykładem może być szok wywołany krążącym w serwisie zdjęciem Fidela Castro w trumnie [61], czy fałszywy przekaz „*Gabriel Garcia Marquez nie żyje. Otrzymałem tę wiadomość z Nowego Jorku. Informację potwierdziła jego siostra Aida" - napisał na Twitterze użytkownik Umberto Eco".*

Do podobnej sytuacji doszło także kiedy to Xan Brooks, dziennikarz brytyjskiej gazety "*The Guardian*" napisał na swoim koncie na Twitterze: "*Hiszpański rząd informuje, że Pedro Almodovar nie żyje. Więcej informacji za chwilę*". Informacja w kilka minut obiegła cały internet. Sytuację uspokoił sam Xan Brooks, który po 13 minutach napisał: *"Dobre informacje: Almodovar żyje! Prawdopodobnie. To był hakerski atak*" [61].

Humor ze śmiercią w tle

„Jeśli zacząłbym mówić o śmierci, czy smutku bez poczucia humoru, to stałbym się bardzo trudny do przełknięcia. Z reguły gdy rysunek satyryczny nas nie rozśmiesza myślimy - "słaby"

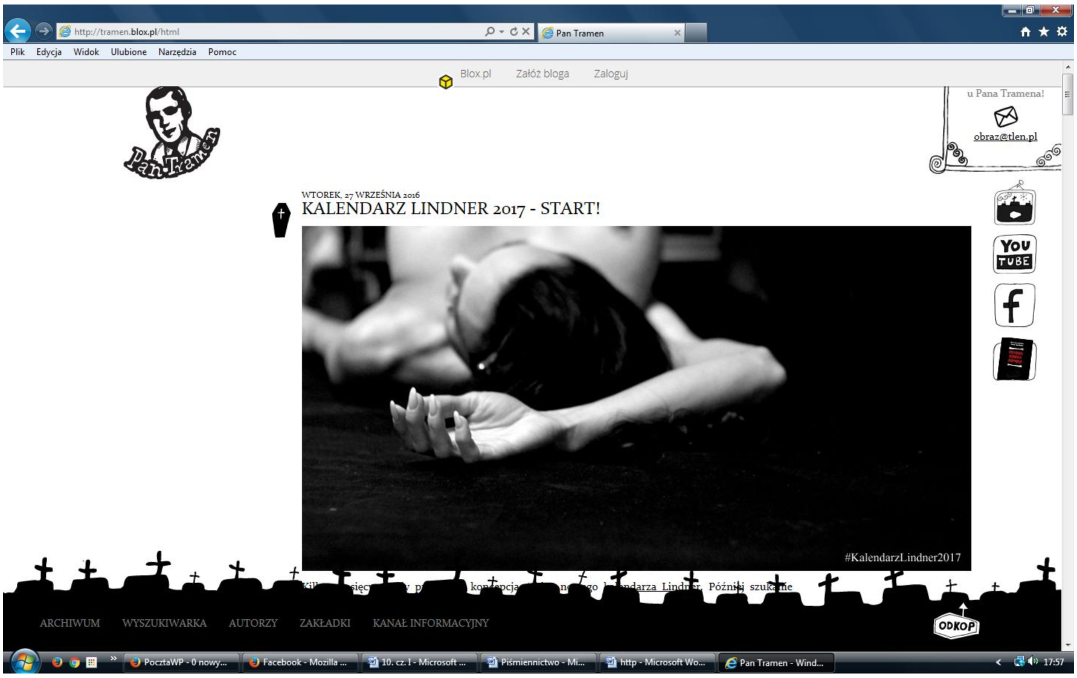
David Shrigley [62]

Czy śmierć jest więc tematem z którego nie należy się śmiać? Czy humor tanatologiczno-funeralny oznacza brak szacunku wobec śmierci? Czy jest raczej wyrazem pewnego dystansu poznawczego ?

W Internecie i w prasie można spotkać liczne przykłady dowcipów, kawałów, anegdot na temat śmierci, dalekich od czarnego humoru, podobnie jak w produkcjach filmowych, jak: *Daleko od noszy* (Polsat), *13 posterunek* (TVN).

Przykładem może być także portal Glogera Pana Tramera- miłośnika czarnego humoru: www.tramen.blox.pl, który ruszył 27 lutego 2009.

Pierwszy wpis brzmiał: *Wyobraź sobie, że umarłeś. A teraz uśmiechnij się ;) Uśmiechamy się, przez sen, od dwóch lat :):) Pan Tramen* [62].

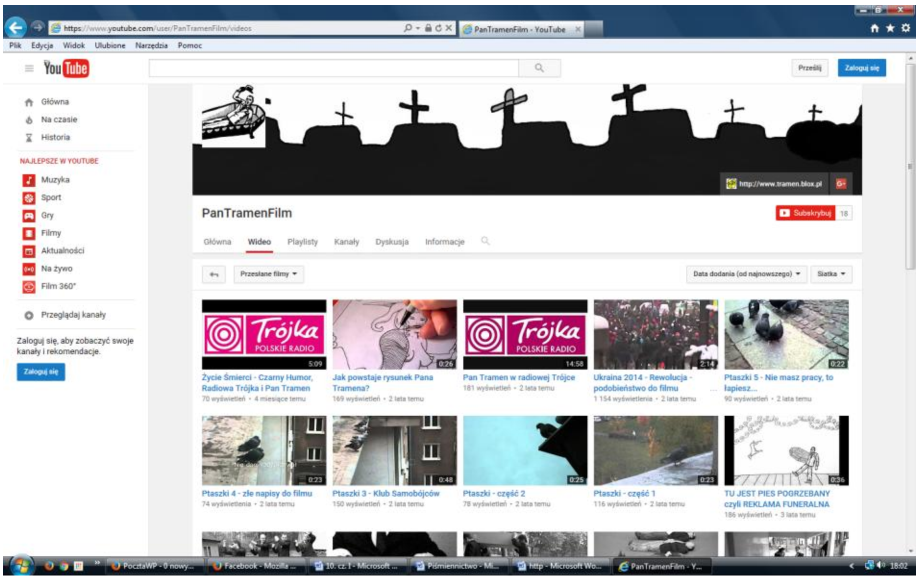


http://tramen.blox.pl/html

Autor z okazji drugich urodzin bloga zorganizował swoim fanom niespodziankę i uruchomił stronę www.pantramen.pl, której zamieścił na link do słuchowiska o Panu Tramenie, galerię funeralnych rysunków Pana Tramena i grę funeralną. Istnieje też strona Pana Tramera na Youtube, gdzie znajdują się 34 filmy (http://www.youtube.com/ user/PanTramenFilm) o tytułach, np. *Życie śmierci*, *Tu jest pies pogrzebany - czyli reklama funeralna, Jak wyrwać fajna trumnę, Pierwszy taki pogrzeb na świecie, Trumniam, Jutro pogrzeb, 10 sekund w trumnie*, *Śmierć Misia*, *Grabarze nadchodzą*, *Ile osób zmieści się w trumnie*, *Śmierć Ryśka z Klanu - akcja w całej Polsce!!!*, *Hania Mostowiak nie żyje! Zabiły ją kartony! Hanie pomścimy!, Hanka Mostowiak nie żyje - kartonowy pogrzeb Hanki* [63].



www.pantramen.pl



http://www.youtube.com/user/PanTramenFilm

Lepsza strona mediów

Kłopot prasy polega na tym, że nic co normalne, nie jest interesujące
Saul Bellow [64]

We współczesnych mediach, z całą pewnością można jednak pokazać także i takie miejsca, gdzie namysł nad śmiercią trwa nadal. Nie chodzi tu o wielkie katastrofy, jak na przykład 10.04.2010. Przykładem takim jest film *Ludzie Boga* [65], francuski dramat oparty na faktach wyreżyserowany w 2010 roku przez Xaviera Beauvois, gdzie rozważania dotyczące śmierci przewijają się praktycznie przez cały film. Jest to dramat psychologiczny opisujący okoliczności śmierci siedmiu francuskich cystersów brutalnie zamordowanych w Tibhirine, górskiej osadzie w Algierii, 15 lat temu. Jak pisze Wróblewski [65] „*To żaden kryminał, tylko wyciszona medytacja o zwątpieniu i odwadze, odpowiedzialności i wierze, sile oporu i nietolerancji*". Film zaczyna się na krótko przed postawieniem, przez jedno z radykalnych ugrupowań islamskich, ultimatum i zażądania opuszczenia przez cudzoziemców ich terytorium. Fundamentaliści byli uzbrojeni, dokonywali skrytobójczych mordów, więc mnisi musieli szybko podjąć decyzję o tym czy zostać, czy wyjechać. Reżyserowi, za Wróblewski [65] „*bardziej niż na rekonstrukcji faktów zależało na postawieniu pytań o sens ofiary i poświęcenia. Śmierć katolickich duchownych można potraktować jako zapowiedź globalnego nieszczęścia po atakach na WTC. Albo jedynie zobaczyć w niej skromną przypowieść o bratobójstwie. Obojętnie jak się spojrzy, wiadomo, że autorowi nie chodzi o napiętnowanie winnych, tylko o perspektywę pojednania chrześcijan i muzułmanów. Mądry, głęboki dramat o tym, co zamiast łączyć – dzieli".*

Do tej grupy można tez zaliczyć film Doroty Kędzierzawskiej *Pora umierać* - opowieść, osnuta na prawdziwej historii, o osobie starszej i w powszechnym rozumieniu „przegranej" [66]. Jak pisze Burszt [66], Aniela „*starsza pani żyjąca samotnie w starym domu. Dni upływają jej na prostych czynnościach i rozmowach z psem - jej jedynym towarzyszem. Aniela obserwuje życie dziejące się na zewnątrz, ale niewiele ją ono obchodzi. Syn, który czasami i wyłącznie z obowiązku ją odwiedza, jest tylko żałosnym cieniem, dowodem porażki, osobą jakby z innego wymiaru. Ale Aniela nie ma pretensji do świata, nie ma w niej zgorzknienia, jest za to powolne godzenie się z nieuchronnością, żartobliwe dystansowanie się do spraw doczesnych. Jedyne, co jeszcze tak naprawdę leży jej na sercu, to przyszłość domu, w którym mieszka. Chciałaby przywrócić mu dawną świetność, wprowadzić ponownie trochę życia w stare progi".* Bohaterka postanawia umrzeć. Zabiera się do tego z

pełnym zachowaniem funeralnego obrzędu (czarna suknia, różaniec, gromnica). W pewnym momencie zrywa się z łoża stwierdzając, że to jakaś głupota z tym umieraniem i co też jej w ogóle przyszło do głowy [66].

Warto też wspomnieć o filmie *„Już za Tobą tęsknię”* w reżyserii Catherine Hardwicke, na podstawie scenariusza Morwenna Banksa [67]. Film przedstawi historię dwóch przyjaciółek, Milly i Jess, znających się „od zawsze”, wspólnie dorastających, dzielących się nawet mężczyznami i eksperymentujących z używkami. Milly wyszła za mąż za znanego muzyka Kita, urodziła dzieci i poświęciła się karierze, a Jess związała się ze swym długoletnim partnerem Jago. Jak pisze Cielecka [67] *„mimo upływu czasu i różnic (jedna bizneswoman, druga trochę zwariowana, jedna matka dzieci, druga rozpaczliwie pragnąca zajść w ciążę) zostały najlepszymi przyjaciółkami. Pewnego dnia jednak okazuje się, że Milly ma guza piersi… Jess pomaga Kitowi w opiece nad dziećmi, rozmyśla też o terapii, dzięki której zajdzie w ciążę. Wydaje się, że wszystko skończy się dobrze – Jess spodziewa się dziecka, Milly kończy chemioterapię. Los rzuci im jednak pod nogi kolejne kłody…”.* Zdaniem Cieleckiej [67] jest to niby zwykła opowieść o dwóch przyjaciółkach, które są dla siebie wciąż bliskie mimo upływu lat i przeciwności losu, ale *„jednocześnie to melodramat rozpisany na dwa głosy: z jednej strony oglądamy powolne umieranie Milly, która z rzutkiej kobiety sukcesu staje się wrakiem człowieka, z drugiej desperackie próby doczekania się dziecka przez Jess, a potem nie do końca przyjemnie przebiegającą ciążę (jak na złość w czasie zbiegającą się z chorobą przyjaciółki i uniemożliwiającą niekiedy przybycie na czas do cierpiącej…)”* [67].

Piękny i wzruszający jest film *„Magda, miłość i rak”,* polski film z 2009 roku (Scenariusz i reżyseria: Alina Mrowińska) [68] Magda, bohaterka filmu, wcześnie musiała oswoić się ze śmiercią, ponieważ jej rodzice zmarli na raka (ojciec – gdy miała 14 lat, a matka, gdy Magda była 18-latką). Ponieważ była w grupie podwyższonego ryzyka, mogła spodziewać się, że i jej los nie oszczędzi także takich doświadczeń. Gdy poznała Bartka Prokopowicza, znanego operatora i swojego przyszłego męża, oboje zakochali się w sobie od pierwszego wejrzenia, szybko decydując się na ślub. Wiedzieli, że chcą być ze sobą „dopóki śmierć ich nie rozłączy”. Gdy Magda miała 27 lat wyczuła pewnego dnia guzek w piersi, a diagnoza brzmiała - obustronny złośliwy rak piersi. Magda pamiętając wieloletnie cierpienia matki, którą pokonał rak piersi, nie chciała poddawać się tradycyjnej kuracji i próbowała medycyny niekonwencjonalnej. Lekarze namawiali ją na poddanie się obustronnej mastektomii, ostrzegając, że inaczej nie będzie dla niej ratunku, a gdy okazało się, że jest w ciąży, namawiali ją na jej usunięcie. Magda jednak zdecydowała się urodzić. Ze względu na

dziecko zrezygnowała z eksperymentów i zgodziła się na operację. Gdy była w trzecim miesiącu ciąży, usunięto jej obie piersi. Z chorobą zmagała się przez 8 lat. Walczyła do końca. Założyła Fundację Rak'n'Roll. Wygraj Życie i za jej pośrednictwem organizowała pomoc dla kobiet w podobnej sytuacji. Zmarła 22 czerwca 2012 roku.

Niestety liczba takich filmów w żaden sposób nie może konkurować ze zwielokrotnionymi na szeroką skalę zbrutalizowanymi projektami.

Podobnie jest w reportażach radiowych, przykładem pozytywnych reportaży jest zrealizowany w Białymstoku utwór Andrzeja Guzowskiego *Mlecze na łące*, ukazujący to, w jaki sposób matka przygotowywała córkę do śmierci. Cała audycja utrzymana w konwencji monologu, jest jakby dwuwymiarowa. Pierwszy jej wymiar to intymne przeżycia matki, o których opowiada autorowi, a z drugiej zaś strony - jest uczestnictwo słuchaczy w tych rozważaniach. Matka między innymi pyta się sama siebie *Czy można się przygotować do śmierci własnego dziecka? Chyba nie…?* , czy też reportaż Andrzeja Guzowskiego *Sen o miłości*, przepiękna historia miłości dwojga ludzi, którzy wyznają ją sobie po latach, kiedy umiera mąż bohaterki.

Podsumowanie

Etyka dziennikarska cierpi,
gdy w grę wchodzi ambicja bycia pierwszym [69]

W opinii Kazberuka [8] wizualizacja obrazów przemocy i śmierci sięga czasów, gdy człowiek po raz pierwszy zaczął przekazywać swoje doświadczenia w formie obrazu, a śmierć inscenizowana wygrała wyścig o pojawienie się w mediach przed śmiercią zdokumentalizowaną. Każdy sympatyk kina, jak podkreśla autor [8], w wyborze filmu w dużej mierze kieruje się sugestią zawartą w kilkuzdaniowej charakterystyce reklamującej, w możliwie dosadny, sposób zawartość treści prezentowanej w spotach reklamowych lub opisie umieszczonym na okładce kasety lub płyty DVD. Filmy ze scenami śmierci, a w szczególności horrory, istnieją od momentu narodzin przemysłu filmowego. Zawsze były bardzo popularne i wiele tytułów weszło do głównego nurtu kultury popularnej, stając się „kultowymi klasykami”. Zdaniem autora [8], otwartym pytaniem pozostaje dlaczego fikcyjne obrazowanie śmierci jest tak atrakcyjne, skoro realna śmierć wprost przeciwnie? Mimo, że śmierć nie jest tematem szczególnie upodobanym przez publiczność, z pewnością fascynacja połączona z gloryfikacją śmierci tkwi głęboko w ludzkiej naturze. Horrory są gatunkiem na

stałe wbudowanym w świat kina, są również wiodącym gatunkiem filmu, który generuje największe wpływy z „handlowania śmiercią". Może to przyjmować najróżniejsze formy, ale podstawową zasadą jest, aby przerażać ludzi, to przerażenie zaś zawsze jest oparte na strachu przed śmiercią [8].

Podsumowując można stwierdzić, iż problematyka śmierci, stały, codzienny i powszechny element rzeczywistości, zawsze ma medialnie pewien wymiar sensacyjny, stanowiąc jeden z najczęstszych elementów tematyki filmów i seriali, newsów i tytułów z czołówek gazet oraz serwisów informacyjnych radiowych, telewizyjnych i internetowych. Medialna śmierć może być swoistą formą psychicznego uczestnictwa w wydarzeniach dotyczących umierania, ale także okazją do refleksji i aktywnego przełamywania tabu postrzegania problemów związanych ze śmiercią i umieraniem.

W tym kontekście specyficznego znaczenia nabierają słowa Alberta Einsteina „*Jestem przekonany, że przerażający upadek moralności, jakiego jesteśmy świadkami w dzisiejszych czasach, jest rezultatem mechanizacji i dehumanizacji naszego życia – zgubnych produktów ubocznych mentalności naukowo-technicznej"* [70].

Piśmiennictwo

1. http://pl.wikiquote.org/wiki/Media, data pobrania 19.09.2016.
2. Czuba K.: Katolickie podstawy etyki dziennikarskiej, Wyd. Homo dei, Toruń, 2007.
3. Mrozowski M.: Media masowe. Władza, rozrywka i biznes, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa, 2001.
4. Olchowska-Kotala A.: Śmierć w telewizji – analiza sposobu umierania. [w:] Problemy współczesnej tanatologii, Kolbuszewski J. (red.). Wrocław, 1998, tom II, 193–195.
5. Fuksiewicz J.: Anatomia telewizji w USA, PIW, Warszawa, 1973, 185–186.
6. Zwoliński A.: Obraz w relacjach społecznych, Wyd. WAM, Kraków, 2004.
7. Jeleń-Kubalewska E.: Cierpienie i śmierć jako współczesny performans medialny. Perspektywa performatyczna, rozprawa doktorska, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza Wydział Nauk Społecznych Instytut Kulturoznawstwa, Poznań, 2014.
8. Kazberuk G.: Śmierć multimedialna. [w:] W drodze do brzegu życia, MKDruk, Białystok, 2006, tom I, 65- 100.
9. Bourdieu P.: O telewizji. Panowanie dziennikarstwa, Sztandar-Sztanderska K., Ziółkowska A., PWN, Warszawa, 2009 (1996).

10. Mojżyn N.: Obrazy medialne i media obrazowe wobec śmierci M. Kaddafiego (z punktu widzenia antropologii obrazu), Kultura – Media – Teologia, 2011,7, 64-72.
11. http://www.dobreprogramy.pl/Przedwczesna-informacja-o-smierci-Stevea-Jobsa,Aktualnosc,9001.html, data pobrania 19.09.2016.
12. http://pl.wikipedia.org/wiki/Steve_Jobs, data pobrania 19.09.2016.
13. http://www.tvn24.pl/wiadomosci-ze-swiata,2/brytyjska-telewizja-pokaze-jak-sie-umie ra-na-zyczenie,79243.html,data pobrania 19.09.2016.
14. http://www.tvn24.pl/wiadomosci-z-kraju,3/smierc-na-zyczenie-w-tv,174566.html, data pobrania 19.09.2016.
15. http://tvp.info/informacje/ludzie/umieranie-na-ekranie/4699698, data pobrania 19.09.2016.
16. http://www.reality-tv.pl/2009/02/23/umiera-jade-goody-gwiazda-brytyjskiego-big-brothera/, data pobrania 19.09.2016.
17. Hanusch F.: Representing Death in the News. Journalism, Media and Mortality, Palgrave Macmillan, Nowy Jork, 2010.
18. https://pl.wikiquote.org/wiki/Reklama, data pobrania 19.09.2016.
19. Rada Reklamy, http://www.radareklamy.pl/kodeks-etyki-reklamy?showall=&start=2, data pobrania 19.09.2016.
20. Szymoniuk B.: Komunikacja marketingowa, PWE, Warszawa, 2006.
21. Koszembar-Wiklik M.: Motywy erotyki, śmierci i przemocy w reklamach - o manipulowaniu emocjami odbiorcy i przesuwaniu granic społecznego „tabu", Naukowy Przegląd Dziennikarski, 2015, 2, 65-84.
22. http://pl.wikiquote.org/wiki/Roland_Barthes, data pobrania 19.09.2016.
23. Banks M.: Materiały wizualne w badaniach jakościowych, Tomanek P., tłum., Warszawa, 2009.
24. Sztandar M.: Fotografia pogrzebowa – chłopskie portrety trumienne. [w:] Problemy współczesnej tanatologii, Kolbuszewski J. (red.). Wrocław, 2004, 8, 481–490.
25. Iżykowska A.: Perwersyjne piękno śmierci - reportażowa fotografia wojenna, http://www.academia.edu/21058439/Perwersyjne_pi%C4%99kno_%C5%9Bmierci_-_reporta%C5%BCowa_fotografia_wojenna, data pobrania 19.09.2016.
26. http://fotoblogia.pl/2011/09/14/smierc-cierpienie-i-krzyk-czyli-przenikliwe-fotografie-world-press-photo-cz-1-galeria, data pobrania 19.09.2016.
27. https://en.wikipedia.org/wiki/File:Death_of_Inejiro_Asanuma.jpg, data pobrania 19. 09.2016.
28. https://en.wikipedia.org/wiki/Malcolm_Browne#, data pobrania 19.09.2016.

29. https://fr.wikipedia.org/wiki/Don_McCullin#/media/File:Donald_McCullin_(1964).jpg, data pobrania 19.09.2016.
30. https://en.wikipedia.org/wiki/Eddie_Adams_(photographer), data pobrania 19.09. 2016.
31. https://en.wikipedia.org/wiki/File:Bhopal_gas_disaster_girl_by_pablo_bartholomew.jpg, data pobrania 19.09. 2016.
32. https://en.wikipedia.org/wiki/Omayra_S%C3%A1nchez, data pobrania 19.09. 2016.
33. http://en.wikipedia.org/wiki/Kevin_Carter, data pobrania 19.09.2016.
34. www.oklahomacitybombing.com, data pobrania 19.09.2016.
35. Tochman W.: Eli, Eli, Wyd. Czarne, Wołowiec, 2013.
36. http://www.cytaty.info/autor/jimmorrison.htm, data pobrania 19.09.2016.
37. Wawrzyn M.: 10 najbardziej szokujących serialowych śmierci z ostatnich lat, http://film.onet.pl/artykuly-i-wywiady/10-najbardziej-szokujacych-serialowych-smierci-z-ostatnich-lat/6fzy39, data pobrania 19.09.2016.
38. http://showtv.pl/najbardziej-szokujace-smierci-w-2015-roku-uwaga-spoilery-.html, data pobrania 19.09.2016.
39. http://www.forbes.pl/rankingi/najbogatsi-niezyjacy-celebryci,7789,2, data pobrania 19.09.2016.
40. http://www.polskieradio.pl/5/3/Artykul/593128,Ranking-najdziwniejszych-smierci-na-swiecie, data pobrania 19.09.2016.
41. http://www.popularne.pl/tragiczne-smierci-gwiazd/, data pobrania 19.09.2016.
42. http://www.wykop.pl/link/2362720/najbardziej-szokujace-kary-smierci-wspolczesnych-czasow/, data pobrania 19.09.2016.
43. http://wiadomosci.wp.pl/gid,16620977,kat,355,title,Nieudane-egzekucje-kary-smierci,galeria.html?ticaid=117cf3, data pobrania 19.09.2016.
44. http://www.geekweek.pl/aktualnosci/15687/najnowszy-ranking-polskich-drog-smierci, data pobrania 19.09.2016.
45. http://metrocafe.pl/metrocafe/1,145523,15883806,Ranking_najbardziej_morderczych_drog_w_Polsce__Sprawdz.html, data pobrania 19.09.2016.
46. http://www.geekweek.pl/aktualnosci/25159/oto-kataklizmy-ktore-nawiedzily-nasza-planete-w-2015-roku, data pobrania 19.09.2016.
47. http://www.twojapogoda.pl/wiadomosci/115622,oto-kataklizmy-ktore-nawiedzily-nasza-planete-w-2015-roku, data pobrania 19.09.2016.

48. http://tuba.pl/tubapl/56,113461,19121629,piosenki-ze-smiercia-w-tle-zestawienie. html, data pobrania 19.09.2016.
49. https://pl.wikiquote.org/wiki/Internet, data pobrania 19.09.2016.
50. Kazberuk G.: Śmierć w filmie fabularnym [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C., Jankowiak B.(red.), ABIS, Białystok, 2008, tom IV, 47-66
51. Vovelle M.: Śmierć w cywilizacji zachodu. Słowo obraz terytorium, Gdańsk 2004 1-721.
52. http://www.bbc.co.uk/worldservice/news/2010/11/101104_plastination_et_sl.shtml, data pobrania 19.09.2016.
53. Kasperski M.: Śmierć sprzyja popularności na Facebooku, http://www.komputerswiat.pl/nowosci/internet/2012/07/smierc-sprzyja-popularnosci-na-facebooku.aspx, data pobrania 19.09.2016
54. Kaczmarek T., Marcinkowski J.T: Internet- a problematyka śmierci. [w:] W drodze do brzegu życia, Krajewska-Kułak E., Nyklewicz W., Lewko J., Łukaszuk C. (red). ABIS, Białystok, 2008, tom II, 221-228.
55. Galanciak T.: Śmierć w sieci, http://magazynt3.pl/Smierc-w-sieci/, data pobrania 19.09.2016.
56. http://www.toptenz.net/10-shocking-deaths-you-may-not-have-heard-of.php, data pobrania 19.09.2016.
57. http://www.courant.com/features/hc-ny-shockingdeaths,0,3075845.photogallery, data pobrania 19.09.2016.
58. http://wwwmjkop.blox.pl/2012/01/Najbardziej-szokujace-zgony.html, data pobrania 19.09.2016.
59. http://pl.wikipedia.org/wiki/Nagrody_Darwina, data pobrania 19.09.2016.
60. Górniak Z.: Powiedz na blogu, że mi się zmarło. Śmierć przenosi się do Internetu, http://www.nto.pl/apps/pbcs.dll/article?AID=/20101031/REPORTAZ/344042184, data pobrania 19.09.2016.
61. http://wiadomosci.wp.pl/kat,1017099,title,Falszywa-informacja-o-smierci-Marqueza, wid. 14488391,wiadomosc.html, data pobrania 19.09.2016.
62. http://tramen.blox.pl/html, data pobrania 19.09.2016.
63. http://www.youtube.com/user/PanTramenFilm, data pobrania 19.09.2016.
64. http://www.mediagapa.pl/index.php?art=345&comm=show, data pobrania 19.09. 2016.

65. Wróblewski J.: Mordowanie trapistów, http://www.polityka.pl/tygodnik polityka/kultura/film/1512418,1,recenzja-filmu-ludzie-boga-rez-xavier-beauvois.read, data pobrania 19.09. 2016.
66. Burszt M.: Pora dobrego kina, http://www.filmweb.pl/reviews/Pora+dobrego+kina-4984, data pobrania 19.09. 2016.
67. Cielecka B.: "Już za Tobą tęsknię". Opowieść o wielkiej kobiecej przyjaźni (recenzja) http://www.telemagazyn.pl/artykuly/juz-za-toba-tesknie-opowiesc-o-wielkiej-kobiecej - przyjazni-recenzja-52555.html, data pobrania 19.09. 2016.
68. http://vod.tvp.pl/4280676/magda-milosc-i-rak, data pobrania 19.09. 2016.
69. http://prawo.vagla.pl/node/8813, data pobrania 19.09. 2016.
70. https://pl.wikiquote.org/wiki/Moralno%C5%9B%C4%87, data pobrania 19.09.2016

Tanatoturystyka - jako forma turystyki masowej

Krajewska-Kułak Elżbieta[1], Łukaszuk Cecylia Regina[1], Kułak-Bejda Agnieszka[2], Bejda Grzegorz[3], Guzowski Andrzej[1], Czartoszewski Arkadiusz[4]

1. Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
2. Uniwersytecki Szpital Kliniczny
3. Fundacja "Pomóż Im" na rzecz Dzieci z Chorobami Nowotworowymi i Hospicjum dla Dzieci w Białymstoku
4. absolwent Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wprowadzenie

Śmierć wcale nas nie dotyczy.
Bo gdy my istniejemy, śmierć jest nieobecna,
a gdy tylko śmierć się pojawi, wtedy nas już nie ma.
Epikur [1]

Turystyka, według Przecławskiego [2], to *„(...) wejście w styczność osobistą ze środowiskiem odwiedzanym (przyrodą, kulturą lub społeczeństwem)".* Jest „*spotkaniem kultur, jest wymianą wartości pomiędzy turystami a mieszkańcami. Może być czynnikiem przemian społecznych i kulturowych* (…) *czynnikiem wzmacniającym poczucie tożsamości narodowej i kulturowej"* [3].

Pojęcie tanatoturystyka wywodzi się z greckiego słowa *thanatos*, które oznacza personifikację śmierci i od greckiego boga Tanatosa, który w starożytnej Grecji był uosobieniem śmierci [4,5]. W Mitologii przedstawiony jest jako syn nocy (Nyksa) oraz brat snu (Hypnosa), który przybywa do śmiertelników, których czas życia już upłynął i odcina im kosmyk włosów, poświęcając ich Hadesowi – bogowi zmarłych i władcy świata podziemnego [4,5].

W literaturze przedmiotu [6-10]] podaje się, że pojęcie *dark tourism* po raz pierwszy zostało opisane i zdefiniowane w roku 1996 przez Malcolma Foleya i Johna Lennona, z

Glasgow Caledonian University jako *„zjawisko obejmujące podróże do miejsc katastrof, masowej śmierci, ludobójstwa i morderstw"*.

Do literatury polskojęzycznej, oprócz słowa tanatoturystyka, według Grzesiaka [11], można wprowadzić również wyrażenie „czarna turystyka", które zdaniem autora dobrze określa specyfikę oraz charakter omawianej formy podróżowania.

W podobnym okresie Seaton [12] wyszedłszy z założenia, że *dark tourism* to swoisty wymiar podróży *tanatopsis*, zdefiniował pojęcie *thanatourism* (tanatoturystyka), rozumiejąc pod nim *„podróż do miejsca, całkowicie lub częściowo motywowana potrzebą rzeczywistego lub symbolicznego „kontaktu" ze śmiercią, zwłaszcza, lecz niewyłącznie nagłą (brutalną) śmiercią. Podróż w określonym stopniu może być wywołana szczególnymi cechami osoby lub osób, których śmierć jest przedmiotem zainteresowania"*.

Według Foley i Lennona [cyt. za 7], *Dark tourism* obejmuje *„całość zagadnień opisujących podstawy i konsekwencje ruchu turystycznego, związanego z aspektem śmierci i okrucieństwa"* i *„jako podgrupa turystyki kulturowej lub turystyki dziedzictwa* (heritage tourism), *będąca konsekwencją globalnego rozwoju komunikacji i mediów oraz ewolucji potrzeb turystów"*. Opisując ten sposób turystyki wykorzystali przykład jednej z najistotniejszych atrakcji turystycznych Dallas, Muzeum Six Floor, funkcjonującym w budynku, z którego padły śmiertelne strzały w kierunku prezydenta Stanów Zjednoczonych, Johna F. Kennedyego w roku 1963 [cyt. za 7].

Seaton uważa, że tanatoturystyka powinna być rozpatrywana *„raczej w aspekcie ludzkich zachowań i motywów wpływających na zaspokojenie określonych potrzeb, a nie w aspekcie charakterystyki celu podróży"* [cyt. za 7], a jako rodzaj turystyki poznawczej, bazuje na dwóch założeniach:

- motywu - istnieje jeden konkretny motyw lub motyw jest jednym z wielu innych wpływających na potrzebę odwiedzenia „miejsca śmierci"
- przedmiocie zainteresowania - zainteresowanie skoncentrowane jest na zmarłej osobie lub na szeroko pojętej śmierci.

Zdaniem Foley i Lennona, *Dark tourism* dotyczy zwiedzania takich miejsc, jak między innymi [cyt. za 7]:

- pola bitew (historyczne i współczesne)
- muzea i wystawy muzealne nawiązujące do tematyki śmierci
- cmentarze
- groby

- pomniki
- więzienia nawiązujące do tematyki śmierci
- obozy koncentracyjne
- miejsca katastrof
- miejsca tragicznych wypadków
- miejsca ataków terrorystycznych.

Za przykłady takich miejsc można uznać np. [cyt. za 7]:

- obóz zagłady Auschwitz w Oświęcimiu (Polska)
- Muzeum Holokaustu w Waszyngtonie (USA)
- wyspę Jersey (Wielka Brytania)
- Muzeum USS w Arizonie w Pearl Harbour (Hawaje, USA)
- Linię Maginota (Francja)
- Muzeum Titanica w Greenwich (Wielka Brytania)
- pola bitewne Europy i Stanów Zjednoczonych.

Motywacje turystów można generalnie podzielić na tzw. *push and pull factors*, czyli [8,13,14]:

- czynniki wewnętrzne (*push factors*) - odnoszące się do turysty, jako podmiotu i związane są z wewnętrzną motywacją skłaniającą go do podróży - chęć edukacji, pragnienie upamiętnienia ofiar, powody natury osobistej (np. bycie ocalonym lub pozostawanie w bliskiej relacji z ocalonym), zainteresowanie śmiercią i umieraniem, upamiętnienie rodziny lub przyjaciół, kwestie poszukiwania lub potwierdzania tożsamości, poczucie winy, zainteresowanie dziedzictwem i/lub historią (np. w przypadku pól bitewnych), poszukiwanie nowości, ciekawość, ucieczka od rutyny i nudy, poszukiwanie ekscytacji, emocji.
- czynniki zewnętrzne (*pull factors*) - związane są z celem podróży, to tzw. motywatory, które tkwią w samym miejscu (sakralizacja miejsca i/lub obiektów oraz interesujące artefakty).

Są też głosy [8], że jednym z głównych czynników w rozwoju tanatoturystyki jest *„usunięcie śmierci z życia współczesnego społeczeństwa (...) powraca ona w kulturze popularnej i przybiera formę rozrywki, co ma być jednym ze sposobów na jej powtórne niejako zaistnienie w społecznej świadomości”.*

Zdaniem Stone [15, cyt. za 8] „*Turystyka śmierci może zatem spełniać funkcję oswajania własnej śmiertelności i radzenia sobie z nią, pozwala bowiem na rekonceptualizację śmierci w formie innej niż pierwotna groza i przerażenie”*.

Rozwój tanatoturystyki

Trzeba wyzwolić się ze strachu bogów i śmierci
Epikur [1]

Tanatoturystyka, za Tanaś [6,7], uwarunkowana jest „*charakterem środowiska emitującego i recepcyjnego, przede wszystkim w wymiarze społeczno-kulturowym (zachowania, światopogląd), historycznym (dziedzictwo, interpretacja), psychologicznym (motywy, potrzeby) i ekonomicznym (produkt turystyczny)”*.

Tanatoturystykę należy więc rozpatrywać z punktu widzenia [6,7]:

- cech osobowych i dokonań osoby lub osób zmarłych,
- charakteru, historii i interpretacji zdarzenia lub miejsca związanego ze śmiercią,
- motywów i potrzeb jej uczestników (potrzeba edukacji, oddania hołdu, przeżycia przygody, doznania wrażeń),
- skutków (skutek psychologiczny, społeczny, ekonomiczny).

W zrozumieniu istoty ruchu turystycznego, będącego konsekwencją tanatoturystyki, ważne są jego podstawy i konsekwencje psychologiczne, społeczne, kulturowe, historyczne, polityczne, ekonomiczne i geograficzne [6,7].

Gregory Ashworth i Rudi Hartmann [16, cyt. za 8, cyt. za 9,] wymieniają trzy główne powody, dla których okrucieństwo i śmierć stają się dla wielu osób pociągające, zaliczając do nich:

- zwykłą ciekawość (każde wydarzenie jest niezwykłe, interesujące, odbiegające od codziennych doświadczeń)
- poszukiwanie tożsamości
- empatię z ofiarami lub sprawcami
- przerażenie
- fascynację horrorem.

Ashworth [17] dzieli czynniki na dwie grupy: sacrum i profanum, ściśle związane z cmentarzami, gdzie następuje przenikanie się tych dwóch stref:

- Motywy zaliczane do grupy sacrum
  - tożsamości – związany jest z chęcią poznania własnej genealogii, główny motyw turystyki sentymentalnej;
  - empatii – potrzeba łączenia się w bólu ze zmarłymi lub ich bliskimi, dotyczy najczęściej cmentarzy wojennych lub miejsc katastrof;
  - wiary – ściśle związany z potrzebą wyznawania danej wiary, przejawiający się często w modlitwie;
  - pamięci – związany z potrzebą kultywowania pamięci o zmarłym, odwiedzania grobu, składania hołdu.
- Motywy zaliczane do grupy profanum
  - poznania – wynikający z chęci poznania sylwetki zmarłego, przebiegu wydarzeń które doprowadziły do śmierci oraz charakteru miejsca związanego ze śmiercią;
  - ciekawości – związany z chęcią zobaczenia i zapamiętania miejsca niezwykłego, unikatowego;
  - emocji – związany z potrzeba doznania emocji, wynikający z chęci kontaktu z czymś związanym ze śmiercią, przerażającym lub wzruszającym, z chęci przeżycia tych emocji w rzeczywistości;
  - rozrywki – motyw kontrowersyjny, związany ze śmiercią od czasów starożytnych (walki gladiatorów), obecnie również mocno związany z popkulturą i potrzebą fikcyjnego kontaktu ze śmiercią poprzez zabawę (np. Haloween).

Kugelmass [18, cyt. za 8] uważa, że podróż do autentycznych miejsc zbrodni może być także swoistą pielgrzymką, „*świeckim rytuałem mającym na celu potwierdzenie tożsamości, jak często bywa w przypadku byłych nazistowskich obozów zagłady”*.

O tym, iż cmentarz zaczęto postrzegać, jako obiekt turystyczny zadecydowały walory [6,7,8]:

- kulturowe - cmentarze to miejsca spotkań, w którym ogromne znaczenie mają, np. dziedzictwo historyczne, poszanowanie dla tradycji, budowanie pamięci regionalnej oraz rodzinnej, odkrywanie własnej tożsamości, poszukiwanie sensu bycia, to miejsca nasycone symboliką, pokazujące różność śmierci, przypominające o przeszłości i kultywujące zmarłych,
- przyrodnicze.

Kategorie tanatoturystyki

Cóż za atrakcja dla turystów!
Ile w owym kraju ruin ludzkich.
Stanislaw Jerzy Lec [19]

Za kategorie tanatoturystyki uważa się podróż [6,7]:

- motywowaną potrzebą poznania (odwiedzenia) „miejsca śmierci" - uczestnik podróży nie skupia się w niej na zmarłym, jako osobie o określonych cechach, ale na miejscu upamiętniającym i dokumentującym śmierć, jej skalę lub formę - jest to podróż podejmowana bez osobistej, czy publicznej znajomości zmarłego.
- motywowaną znajomością zmarłego, który jest ceniony przez odwiedzających za swe zasługi.

Seaton [12, cyt. za 7, cyt. za 8] rozróżnia tanatoturyzm:

- słaby - kiedy zainteresowanie śmiercią dotyczy konkretnych osób i funkcjonuje wraz z innymi motywacjami, a osoby zmarłe są znane turyście lub wartościowane przez niego pozytywnie
- mocny - kiedy zainteresowanie śmiercią jest jedyną motywacją i odnosi się do śmierci w ogóle, a fascynacja ta pozostaje niezwiązana z konkretnymi osobami

Wyróżnia także pięć kategorii tanatoturystyki [12, cyt. za 7, cyt. za 8]:

- podróże do miejsc publicznej śmierci lub miejsc będących tego świadectwem - forma powszechna w przeszłości (np. podróż na walki gladiatorów na śmierć, na „spektakle" męczeństwa chrześcijan w Rzymie, na polityczne lub publicznego egzekucje), a we współczesnej zachodniej cywilizacji moralnie zakazana kategoria tanatoturystyki, wiążąca się przede wszystkim ze zjawiskiem „ludzkiej ciekawości", potrzeby zobaczenia tragicznego zdarzenia z bliska oraz „bezpiecznego doświadczenia" śmierci lub jej następstw.
- podróże do miejsc, gdzie odnotowano lub odkryto fakt masowej lub indywidualnej śmierci - najbardziej popularna kategoria tanatoturystyki, np. podróże do miejsc masowej śmierci (np. rzymskie Koloseum, miejsce katastrofy lotniczej po zamachu terrorystycznym w Lockerbie, obóz zagłady w Auschwitz), miejsc indywidualnej śmierci (np. dawna składnica książek w Dallas, z której okna strzelano do Kennediego, pomieszczenia Tower of London, wiadukt w Paryżu, pod którym zginęła

księżna Diana), miejsc związanych z mordercami i seryjnymi zabójcami (np. wycieczki do wschodniego Londynu, gdzie działał Kuba Rozpruwacz), miejsc upamiętniających tragiczne zdarzenia (np. wybuch gazu w 1979 roku w warszawskiej Rotundzie, katastrofę samolotu pasażerskiego na warszawskim Okęciu w 1980 roku, gdy zginęła Anna Jantar, zatonięcie w 1993 roku promu Jan Heveliusz), miejsc mordu (np. tama na Wiśle we Włocławku, gdzie w 1984 roku zamordowano ks. Jerzego Popiełuszko; pomnik zamordowanych w roku 1981 górników z kopalni Wujek w Katowicach, Krzyże Gdańskie upamiętniające ofiary grudnia 1970 roku) oraz obiektów internowania, martyrologii i zagłady (np. hitlerowskie obozy zagłady w Oświęcimiu, Sztutowie, Treblince, na Majdanku)

- podróże do miejsc i pomników upamiętniających zmarłych - są to wizyty na cmentarzach, w katakumbach, kryptach, przy pomnikach wojennych i mauzoleach (np. El Escoreal - mauzoleum hiszpańskich monarchów i pomnik Franko, cmentarz Pére Lachaise w Paryżu z grobami m.in. Oskara Wilde'a, Jima Morrisona, Fryderyka Chopina, Stary Cmentarz w Zakopanem, cmentarz na Powązkach w Warszawie, Cmentarz Rakowicki w Krakowie, grób ks. Józefa Tischnera na cmentarzu w Łopusznej, sarkofagi królów polskich w katedrze na Wawelu, Mauzoleum Bitwy pod Stalingradem, cmentarz w Verdun we Francji, Grób Nieznanego Żołnierza w Warszawie, pomnik Bitwy Grunwaldzkiej)
- podróże do miejsc nie związanych bezpośrednio ze zdarzeniem, a prezentujących materialne dowody śmierci lub je inscenizujące, czyli narzędzia śmierci, tortur, odzież ofiar morderstw oraz inne dowody zbrodni (np. Muzeum Rewolucji na Kubie, Muzeum Madame Tussaud w Londynie, Plac Czerwony, zamek w Niedzicy, muzeum Bitwy Gorlickiej w Gorlicach).
- podróże do miejsc inscenizacji lub symulacji śmierci - aż do XX wieku była w dużej mierze ograniczona do religijnych przedstawień, najczęściej śmierci Chrystusa w okresie Wielkanocy (np. misteria w Oberammergau w Niemczech czy Kalwarii Zebrzydowskiej w Polsce) albo innych chrześcijańskich postaci, a potem, zwłaszcza w Stanach Zjednoczonych, popularne stały się także inscenizacje walk i bitew odgrywane podczas uroczystości rocznicowych, a w Polsce np. coroczna inscenizacja bitwy pod Grunwaldem lub bitwy nad Bzurą.

Badania dotyczące tanatoturystyki

Groza, sacrum i tajemnica zostają wchłonięte przez turystykę,
która dyktuje nam zachowania z góry zaprogramowane,
skromne namiastki owych rytuałów
Italo Calvino [20]

Grzesiak [11] przeprowadził badania, których celem było sprawdzenie znajomości pojęcia tanatoturystyki oraz ocena potencjału Kairu w zakresie tanatoturystyki przez ankietowanych. Badania podzielone zostały na dwie części - I dotyczyła znajomości pojęcia tanatoturystyki oraz skojarzeń związanych z tym terminem, celu i częstotliwości odwiedzania miejsc związanych ze śmiercią, a II- odnosiła się do Kairu i jego zabytków związanych z tematyką śmierci [11]. W ankiecie uczestniczyło 50 respondentów z Polski, którzy regularnie (min. 2-3 razy w roku) wyjeżdżali za granicę w celach turystycznych. Aż 80% nie spotkała się nigdy z terminem tanatoturystyka. Jednakże ponad 60% ankietowanych uznało, że jest to pojęcie związane ze śmiercią, 26% ankietowanych nie kojarzyło tego terminu z niczym, a 6% określenie to kojarzyło z odwiedzaniem cmentarzy. 46% badanych miejsca powiązane z tematyką śmierci odwiedzało 2-4 razy do roku, 40% czyniło to jeszcze rzadziej (1-2 razy w ciągu roku), a co dziesiąty badany takie miejsca jak cmentarze, obozy koncentracyjne i miejsca katastrof odwiedzał częściej niż cztery razy do roku [11]. Respondenci zapytani o przemyślenia, które towarzyszą osobom odwiedzającym miejsca dotykające kwestii śmierci, w 80% stwierdzili, że ich myśli krążą wówczas wokół śmierci. 30% osobom miejsca te przywoływały na myśl przemijanie, a tylko nielicznym kojarzyły się z historią (14% odpowiedzi), bogiem (8%), wojną (8%), własnym życiem (6%) oraz miłością (2%). Większość badanych (80%) była przekonana, że do odwiedzania miejsc związanych ze śmiercią skłania zachowanie pamięci o tych, którzy odeszli [11]. Dla 12% badanych głównym powodem była chęć poznania historii, a tylko nieliczni (6%) wiązali takie odwiedziny z ciekawością i potrzebą nowych wrażeń. Zdaniem 2% badanych przyczyną odwiedzin jest niezdrowe zainteresowanie śmiercią [11]. Ponad 80% uznało, iż miejsce śmierci może być uznawane za atrakcję turystyczną, a tylko 4% zdecydowanie się z tym nie zgadzało i 6% nie miało na ten temat zdania. Badanych zapytano, czy ich zdaniem Kair jest miastem związanym ze śmiercią, Okazało się, że 90% osób, które były w Egipcie uważało, że Kair jest miastem związanym ze śmiercią. Podobnie stwierdziło 60% badanych, którzy wcześniej nie byli w tym

mieście. Jedynie 30% badanych słyszało o Muzeum Egipskim. Kairskie Miasto Umarłych jest znane natomiast 8% osób, a zobaczyć chciało by tylko 4% ankietowanych [11].

Yuill [14] przeprowadziła badania ankietowe wśród odwiedzających muzeum Holokaustu w Houston. Okazało się, że muzeum nie stanowiło dla publiczności celu samego w sobie, a odwiedzający decydowali się na wizytę tylko przy okazji, będąc w Houston z wizytą u krewnych lub przyjaciół, lub po prostu na wakacjach. Nie odczuwali w większości także związku z wydarzeniami tam przedstawionymi. Podobne odczucia przejawiały jedynie osoby posiadające krewnych wśród ofiar lub wśród wyzwolicieli obozów [14]. Na pytanie, czy muzeum stanowi sposób radzenia sobie ze śmiercią i umieraniem, niewielka liczba respondentów odpowiedziała, że muzea mogą spełniać taką rolę, ale większość wskazała, że czynnikami, które mają znaczenie w radzeniu sobie z własną śmiercią są duchowość i kościół (75% respondentów), rodzina i przyjaciele [14]. Najwięcej osób, jako główny motyw odwiedzin podało edukację nastawioną przede wszystkim na zapobieganie podobnym wydarzeniom w przyszłości. Połowa - ciekawość, cele edukacyjne i zainteresowanie historią (przy czym Holokaustu, ale historią „w ogóle"). Drugi najsilniejszy motyw stanowiła pamięć, ale nie Żydów, jako grupy najbardziej dotkniętej zagładą, lecz ofiar wszystkich ludobójstw [14].

Thurnell-Read [21] badał motywacje odwiedzających były nazistowski obóz Auschwitz-Birkenau. Uczestnicy badania pochodzili z Kanady, Australii i Stanów Zjednoczonych. Generalnie wizyta w Auschwitz nie była dla nikogo głównym powodem przyjazdu do Polski. Badani za podstawową motywację uznali chęć przyjazdu do Europy Wschodniej oraz zwiedzenie Krakowa, Budapesztu, Pragi i Dubrownika. Dalszymi powodami była rekomendacja przyjaciół oraz bliskość Auschwitz od Krakowa (na zasadzie: „nie wypada być tak blisko i nie zobaczyć") [21].

Na stronie www Cmentarze Szczecina i okolic [22] zamieszczono wyniki ankiety o tantoturystyce, które posłużyły do napisania pracy magisterskiej *„Przestrzeń sepulkralna jako przestrzeń turystyczna na przykładzie Szczecina i okolic"*. W badaniu wzięło udział 200 respondentów. Okazało się, że 78% badanych wcześniej nie spotkało się z terminem tanatoturystyka, ale 52,5% badanych uznało, że miejsca/obiekty stanowiące elementy tanatoturystyki mogą być atrakcją turystyczną. 83,5% było też przekonanych, że w czasie wyjazdów turystyczno-krajoznawczych powinno się odwiedzać miejsca/obiekty stanowiące elementy tanatoturystyki [22]. Wśród różnych miejsc pochówków za najbardziej atrakcyjne uznano: starożytne i wczesnochrześcijańskie cmentarze oraz nekropolie królewskie (groby władców i ich rodzin) - przy czym im starszy cmentarz tym wydawał się badanym

ciekawszy, a za najmniej ciekawe uznano cmentarze dla zwierząt. Wśród cmentarzy różnych wyznań za najbardziej atrakcyjne uznano cmentarze żydowskie, zaś najmniej ciekawe – rzymskokatolickie. Cmentarze wojenne z różnych okresów historycznych zostały ocenione na podobnym poziomie, nieznacznie za najbardziej atrakcyjne respondenci uznali cmentarze z okresu II wojny światowej. Wśród różnych obiektów sepulkralnych za najbardziej atrakcyjne badani uznali obiekty straceń (szubienice, gilotyny, komory gazowe) oraz kaplice grobowe i mauzolea [22]. Ponad płowa respondentów uznała za bardzo atrakcyjne turystycznie obozy koncentracyjne. Nie były jednak już tak atrakcyjne miejsca konfliktów zbrojnych, czy słynnych katastrof. Na terenie Polski badani najczęściej odwiedzali: krypty wawelskie w Krakowie - 71,5% obóz koncentracyjny Auschwitz-Birkenau - 54%, Kaplicę Czaszek w Kudowie Zdrój - 43%, Cmentarz wojenny Westerplatte - 41%, Cmentarz Powązkowski w Warszawie - 38%, Cytadelę w Poznaniu -28,5%, Inscenizację bitwy pod Grunwaldem - 27,5%, Cmentarz Zasłużonych na Pęksowym Brzyzku w Zakopanem - 26,5%, Pomnik Ofiar Czerwca 1956 w Poznaniu - 25,5% [22]. W opinii badanych atrakcyjność tanatoturystyki związana jest między innymi z tym, że stanowi ona element poznania historii (88,5%), stwarza możliwość kontemplacji, refleksji nad przemijaniem, życiem i śmiercią (48%), związana jest z chęcią/możliwością oddania hołdu zmarłym (32,5%), ciekawością, chęcią zobaczenia czegoś nowego, innego (31%), a nawet w ich kontrowersyjnym obliczu (19%) lub ze względu na wysoki poziom adrenaliny związany z bliskim kontaktem ze śmiercią (11,5%). Ankietowani deklarowali, że będąc na miejscu związanym ze śmiercią myślą przede wszystkim o zmarłych (64%), o walorach historycznych danego miejsca (62,5%) i o śmierci – (52,5%) [22].

Podsumowanie

[...] czy turystyka nie jest w gruncie rzeczy tak jak pornografia
- rozpaczliwym poszukiwaniem utraconego doznania
Simon Leys [20]

Przecławski [2] uważa, że turystyka to zjawisko, podczas którego turysta wchodzi w styczność osobistą ze środowiskiem odwiedzanym (m.in. kulturowym i społecznym) i tym samym jest to spotkanie kultur, wymiana wartości pomiędzy turystami a mieszkańcami odwiedzanego regionu, a niejednokrotnie bywa czynnikiem przemian społecznych i kulturowych.

W historii ludzkości postawy wobec śmierci zmieniały się, a współcześnie kultura masowa kreuje potrzebę poznania tego, co niecodzienne, stąd jednym z istotnych obszarów poznawczych jest aspekt śmierci.

Tanaś [23] przytacza słowa Voevelle „*Śledząc kolejne etapy death trip (wędrówki śmierci), od fazy terminalnej aż po cmentarz – nie szukając przy tym na siłę znaczenia – stajemy wobec często przywoływanego problemu rozpadu gestów i zwyczajów oraz poszukiwania nowych rytuałów, będących jedynie skodyfikowaną formą bardziej złożonych wyobrażeń*” i sugeruje, że przekształcenia te wpłynęły na dzisiejsze zainteresowanie śmiercią i doprowadziły do odbywania wycieczek do miejsc z nią związanych (tanatoturystyki).

Poglądy Voevella pozwolily, za Tanas [23], podzielić ewolucję zainteresowania turystycznego śmiercią na trzy etapy:

- I etap – od dyskursu „magicznego" do „religijnego" - starożytności przez średniowiecze po apogeum klasycyzmu „*zdominowany w Europie od XIII w. chrystianizacją śmierci – drogą podboju i walki z magicznymi wierzeniami ludowymi (...) oraz drogą kompromisu, gdzie religia przejmowała pewne formy obrzędów pogańskich, silniejszych od „nowego" poglądu na śmierć",* to etap zainteresowania poznawczego śmiercią, głównie w aspekcie religijnym (pielgrzymkowym) i widowiskowym.
- II etap – dyskurs „laicki" - pojawiający się stopniowo, przybierając różne formy: od filozoficznej, poprzez naukową do obywatelskiej, to etap desakralizacji śmierci w dobie triumfu społeczeństw liberalnych, początek zainteresowania śmiercią podróżujących turystycznie
- III etap – dyskurs „literacki" i „artystyczny" - w najróżniejszych postaciach poszerza dotychczasowe tradycyjne ramy śmierci, to etap mistyki, irracjonalizmu i deskrypcji niepokojów, znaczącego wzrostu zainteresowania śmiercią podróżujących turystycznie.

  Jak podkreśla Tanas [23], wszystkie społeczności nakłaniają swoich członków do okresowego, a nawet codziennego uczestnictwa w aktach zbiorowej pamięci, a ludzkie podróżowanie prawdopodobnie *„narodziło się z fenomenu pielgrzymki do miejsc świętych, w tym do grobów świętych".*

Urry [24] wyraża pogląd, że turystyczne zainteresowanie śmiercią wiąże się z tym, iż potencjalny tanatoturysta szuka „*prawdziwego życia za kulisami, gdzie pozostaje ukryte przed wzrokiem intruzów, a jego spojrzenie polega na wdzieraniu się w cudze życie, w tym*

przypadku w cudzą śmierć, bez zachowania odpowiedniego dystansu, co w normalnych warunkach byłoby nie do przyjęcia”.

Piśmiennictwo

1. https://pl.wikiquote.org/wiki/Epikur, data pobrania 7.10.2016.
2. Przecławski K.: Człowiek a turystyka, Wyd. Albis, Kraków, 1996.
3. Przecławski K.: Turystyka i jej rola we współczesnym świecie, Problemy Turystyki, 1987, 10, 3, 95-101.
4. Corsane G.: Heritage, museums and galleries: An Introductory Reader, Amazon's Book Store. Free UK, 2005 .
5. Grant M., Hazel J.: Kto jest kim w mitologii klasycznej, tłum. M. Michowski, Wyd. Zysk i S-k, Poznań, 2000.
6. Tanaś S.: Przestrzeń turystyczna cmentarzy. Wstęp do tanatoturystyki, Wyd. Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2008.
7. Tanaś S.: Tanatoturystyka - kontrowersyjne oblicze turystyki kulturowej, Peregrinus Cracoviensis, 2006,17,85-100.
8. Ziębińska-Witek A.: Turystyka śmierci jako zjawisko kulturowe, Acta Humana, 2013,4,1, 23-35.
9. Matychniak K.: Tanatoturystyka - przykłady rozwiązań i możliwości rozwoju w Polsce, Warszawa, 2014.
10. Stasiak A., Tanaś S.: Przestrzeń sepulkralna w turystyce, Turystyka i hotelarstwo, 2005, 8, 15.
11. Grzesiak H.: Prezentacja Kairu pod kątem możliwości rozwoju tanatoturystyki. Turystyka Kulturowa, 2012,12, 27-42.
12. Seaton A.V.: From Thanatopsis to Thanatourism: Guided by the Dark, International Journal of Heritage Studies, 1996, 2, 4, 234-244.
13. Dann G.: Anomie. Ego-enhancement and Tourism, Ann. Tourism Res., 1977, 4, 4, 184-194.
14. Yuill S.M: Dark Tourism: Understanding Visitor Motivation at Sites of Death and Disaster, (Master of Science), Texas A&M University, 2003.
15. Stone P.R.: Making Absent Death Present: Consuming Dark Tourism in Contemporary Society [in:] The Darker Side of Travel. The Theory and Practice of

Dark Tourism, red. R. Sharpley, Philip R. Stone, Channel View Publications, Bristol 2009, 33 .
16. Ashworth G., Hartmann, R.: Introduction: Managing Atrocity for Tourism [in:] Horror and Human Tragedy Revisited. The Management of Sites of Atrocities for Tourism, ed. Ashworth G., Hartmann R., Cognizant Communication Corporation, New York, 2005, 7–10.
17. Asworth G.: Holocaust Tourism: The Experience of Kraków - Kazimierz, International Reasearch in Geographical and Environmental Education, 2002, 11, 4, 363-467 .
18. Kugelmass J.: Why We Go to Poland. Holocaust Tourism as Secular Ritual [in:] The Art of Memory. Holocaust Memorials in History, ed. Young J.E., Prestel-Verlag, Munich – New York, 1994, 175.
19. https://cytaty.eu/motyw/turystyka.html, data pobrania 7.10.2016.
20. http://lubimyczytac.pl/cytaty/t/turystyka, data pobrania 7.10.2016.
21. Thurnell-Read T.P.: Engaging Auschwitz: an analysis of young travellers' experiences of Holocaust Tourism, Journal of Tourism Consumption and Practise, 2009, 1, 1, 26.
22. http://www.cmentarolog.szczecin.pl/analiza-ankiety-o-tanatoturystyce/, data pobrania 7.10.2016.
23. Tanaś S.: Percepcja śmierci w turystyce kulturowej, Turyzm, 2008, 18/1, 51-63.
24. Urry J.: Spojrzenie turysty, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.

ISBN Komplet - 978-83-940670-8-3
Tom I - 978-83-944852-8-3